

Департамент образования города Москвы
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Московский городской
психолого-педагогический университет

**Актуальные проблемы
психологической реабилитации лиц с
ограниченными возможностями
здоровья**

Сборник научных статей

Москва, 2013

ББК 88.48

А 43

А 43 Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: сборник научных статей / Под ред. А.М. Щербаковой. - М.: 2013. - 240 с.

ISBN - 978-5-94051-146-8

Сборник научных статей подготовлен ко II Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья». Психологическая реабилитация как неотъемлемая составляющая процесса комплексной реабилитации людей, имеющих ограничения жизнедеятельности вследствие врожденной недостаточности, травмы либо болезни, требует уточнения концептуально-методологических подходов, разработки диагностического инструментария, проектирования моделей и техник реабилитационной помощи. Авторы сборника затрагивают серьезные вопросы теории психологической реабилитации, содержат новые исследовательские данные, предлагают подтвержденные практикой решения. Несмотря на разнообразие и тяжесть проблем, связанных с нарушениями здоровья, авторы статей в первую очередь фокусируются на ресурсах человека: его способности быть субъектом собственной жизни, стремлении к реализации своего потенциала, творческом начале.

ББК 88.48

А 43

ISBN - 978-5-94051-146-8

© Московский городской психолого-педагогический университет, 2013

© Коллектив авторов, 2013

Оглавление

Раздел 1. Теоретико-методологические проблемы психологической реабилитации	5
Шеманов А.Ю. Методологическое значение выбора антропологической концепции и интерпретации культуры для выстраивания подхода к проблеме качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья	5
Мелик-Пашаев А.А. Опыт авторства – ресурс психологического здоровья.	20
Вишнева А.Е. Психологическая реабилитация пациентов после локальных поражений головного мозга с позиций постнеклассической методологии.	41
Раздел 2. Проектирование моделей, программ и технологий психологической реабилитации	52
Малюкова Н.Г. Нейропсихологический подход к адаптации инвалидов с когнитивными нарушениями вследствие инсультов и черепно-мозговых травм.	52
Полинек, Мартин Доминик / Martin Dominik Polínek Dramatherapeutic Methods And Their Employment When Working With Children And Teenagers (With Behavioral Problems) And Expressive-formative Potential Of Primary Schools of Arts.	70
Попова Н.Т., Попова Е.А. Развитие индивидуальной выразительности актера с ограниченными возможностями здоровья в групповом театральном тренинге: синтез эстетических и реабилитационных задач	79
Порохина Ж.В., Ульянова Ю.В. Применение методов когнитивно-поведенческой психотерапии в психологической реабилитации клиентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата (из опыта работы Государственного бюджетного учреждения Самарской области «Социально-оздоровительный центр «Преодоление»)	97

Русина Н.А. Проблемы психологической реабилитации онкологических больных.....	113
Щербакова А.М., Баскакова Ю.В. Изучение внутренней позиции личности и отношения к собственной инвалидности с помощью методики «Синквейн» (на примере молодых людей с нарушением зрения).....	127
Раздел 3. Специфика психологической реабилитации детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья различных нозологий	149
Гусева М.А., Цейтлин Г.Я. Психолого-педагогическая реабилитация сиблингов из семей с ребенком, страдающим онкологическим заболеванием.....	149
Иовчук Н.М. Психолого-психиатрические проблемы реабилитации детей и подростков с синдромом Аспергера.....	159
Меньшов В.А., Комарова С.В., Ращупкина Н.С. Психологическая реабилитация детей-сирот с ограниченными возможностями здоровья в условиях Центра содействия семейному воспитанию	171
Шноль С.Л. Психологическая помощь родителям в младшем ожоговом отделении	192
Щербакова А.М., Забавская А.А. Психолого-педагогические проблемы стационарированных детей с психическими заболеваниями в аспекте качества жизни	203
Раздел 4. Актуальные вопросы социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	215
Баусов Ю.Н. Совместимы ли индустрия развлечения и социокультурная реабилитация... ..	215
Дрезнина М.Г. Методика проведения социально-художественных проектов, направленных на реабилитацию детей-инвалидов и опекающих их родителей и близких	223

Раздел 1. Теоретико-методологические проблемы психологической реабилитации

Методологическое значение выбора антропологической концепции и интерпретации культуры для выстраивания подхода к проблеме качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья

*Шеманов А.Ю.,
ГБОУ ВПО МГППУ*

Аннотация. В статье идет речь о методологическом значении выбора антропологической концепции для изучения качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья. Становясь интегральным показателем эффективности реабилитации, индикаторы качества жизни с необходимостью должны учитывать полноту участия лиц с ограниченными возможностями здоровья в жизни общества. В настоящее время в мировой литературе имеется два основных подхода к проблеме социального включения. В рамках доминирующей сегодня социальной модели, связываемой с концепцией инклюзии, акцент делается на принятии особенностей другого. Социальная модель, опирающаяся на философию социального конструкционизма, настаивает на отказе от любого нормативного образа себя и другого как обладающего дискриминирующим потенциалом. В статье анализируется концепция Г.П. Мейнингера, полагающего, что оказание помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья всегда предполагает наличие у помогающего имплицитного образа себя и другого,

который выступает в качестве нормативной антропологии помощи. Данный автор подвергает критике современную нормативную антропологию помощи, выдвигающую в качестве главного критерия реабилитации и социального включения увеличение автономии лица с ограниченными возможностями здоровья. Данная нормативная антропология исключает позитивное определение качества жизни для людей с выраженной интеллектуальной недостаточностью. Г.П. Мейнингер обсуждает возможности построения инклюзивной антропологии, которая могла бы учитывать аутентичность людей с тяжелыми формами интеллектуальной недостаточности. В статье анализируются ограничения концепции инклюзивной антропологии Г.П. Мейнингера и возможности ее развития, связанные с признанием у любого человека способности к культурному выражению аутентичных отношений с другими.

Ключевые слова: качество жизни, люди с интеллектуальной недостаточностью, инклюзивная антропология, автономия, аутентичность, культура

Abstract. The article tells about methodological importance of the choice of anthropological concept for study of the quality of life of people with disabilities. Becoming an integral index to the efficiency of rehabilitation, quality of life indicators must take fullness of disabled peoples` participation in the society into account. For now, there are two main approaches to the problem of social inclusion in the world literature. In the social model that is dominant at this time and concerned with the inclusion concept the accent falls on accepting the features of the other person. The social model based on philosophy of social constructionism insists on rejection of any normative self image and image of other which

has discriminating potential. This article analyzes a concept created by Herman P. Meininger who presumes the presence of a caregiver's implicit self image and image of other acting as the normative anthropology of care practices. The author criticizes the normative anthropology of contemporary care practices that puts increase of the autonomy of a person with disability forward as the main criteria of rehabilitation and social inclusion. Such normative anthropology excludes positive determination of the quality of life for people with severe intellectual disabilities. Meininger discusses possibility of building inclusive anthropology that would consider authenticity of people with severe kinds of mental deficiency. The article analyzes the limitations of Meininger's concept of the inclusive anthropology and the possibility of its development related to accepting the princip that any human has capacity for cultural expression of authentic relationships with others.

Keywords: quality of life, people with intellectual disability, inclusive anthropology, autonomy, authenticity, culture

Как заключает в своей статье А.М. Щербакова [5], интегральным показателем уровня реабилитационной и абилитационной помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в последнее время в современной литературе выступает качество жизни. Это понятие, как отмечается в данной работе, за три десятилетия проделало существенную эволюцию от концепции к измеримому конструкту. Причем в содержании понятия произошел переход от доминирования объективных показателей к увеличению значимости субъективной самооценки человека, что и придало ему статус интегрального показателя. Среди критериев качества жизни выросла также весомость индикаторов социальной включенности человека,

полноты его участия в социальной жизни. В этом смысле эволюция данного понятия оказывается в русле общей тенденции изменений в отношении к людям с различными ограничениями и особенностями, которые объективно и/или субъективно выделяются из социума. В ходе этих изменений на роль одного из ключевых выдвинулось понятие социального включения.

В мировой литературе в настоящее время имеется два основных подхода к данной проблеме. Они лежат в основе конкурирующих способов понимания социального включения. Один из этих способов представлен доминирующей сегодня *социальной* моделью, связываемой с концепцией *инклюзии*, второй – предшествующей первой *индивидуальной* моделью, связываемой с концепцией *интеграции*. В рамках первого подхода акцент делается на принятии особенностей другого, на стремлении к сохранению социального разнообразия, уважении права на отличие [8]. Второй подход направлен на нормализацию условий жизни человека с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с целью его ассимиляции в нормальный социум [1].

Модель включения людей с ОВЗ в общество, обозначенная как *интеграция*, провозгласила лозунг нормализации среды жизни для детей с нарушениями, что понималось как помощь им в их адаптации в обычную среду – среду сверстников без инвалидизирующих нарушений. При этом в том числе ставилась задача устранить нежелательные эффекты системы специального образования, обусловленные его организацией (обучение в школах-интернатах в отрыве от семьи и обычных сверстников), но с сохранением разработанных в ней специальных педагогических методов, направленных на коррекцию нарушений (см., напр., [2]). Эта система

с позиций значимости социальной включенности стала описываться как придающая чрезмерный вес медицинским параметрам в определении статуса и жизненных перспектив человека с ОВЗ (такое чрезмерное подчеркивание медицинского аспекта получило название медикализации инвалидности). Инвалидность рассматривалась как прямое следствие физических и/или психических характеристик индивида, имеющих решающее значение в определении его социального статуса как инвалида. Такое понимание сторонники социальной модели инвалидности стали квалифицировать как эссенциализм в подходе к причинам инвалидности (от латинского *essentia*, сущность, поскольку инвалидность рассматривается как прямое следствие природы индивида, имеющего те или иные физические и психические особенности, и в этом смысле как его сущность), тогда как социальная модель выдвигала на роль основных социальные и культурные причины и факторы [3].

Принципы социальной модели как основы политики инклюзии формулируются в середине 1980-х годов, и сейчас эта модель представляет собой доминирующую идеологию в мировой образовательной и социальной политике в отношении не только людей с инвалидностью, но и всех социальных групп, которые могут рассматриваться как исключаемые из общества по различным основаниям.

Модель интеграции, несмотря на ее направленность на преодоление сегрегационных тенденций прежней системы помощи лицам с ОВЗ (включая систему специального образования), при этом наследовала присущие прежнему подходу эссенциализм и медикализацию в понимании причин инвалидности, а также – индивидуальную модель помощи в обучении и социализации. В ее

рамках задача адаптации к обычному социуму и его нормам, как и цель интеграции индивида с нарушениями в общий поток, ставилась перед ним самим, тогда как социальные институты, куда он должен был включаться, а также конституирующие их нормы менять не предполагалось.

Социальная модель строится на философии социального конструкционизма. Данная модель опирается на работы М. Фуко, П. Бурдьё, британской школы культурных исследований [9]. В рамках этого подхода, в частности, инвалидность как категория, посредством которой из общества выделяется некая группа людей на основании присущих им особенностей функций жизнедеятельности, рассматривается как социальная конструкция. Данная конструкция выполняет задачи создания представлений о нормальном, служащих, согласно данной концепции, культурному и социальному подавлению определенных групп людей, которые в данном порядке дискурса признаются отклонениями от нормы (подробнее о соотношении моделей интеграции и инклюзии см. [3]).

Как отмечает Г.П. Мейнингер (H.P. Meininger) [7], постановка задачи оказания помощи другому человеку и/или социальной группе предполагает наличие у помогающего определенных представлений о себе, о другом, о том, что значит достойное человеческое существование и иные подобные представления, образующие, согласно данному автору, *структурирующую перспективу* в отношении как себя, так и другого. Такого рода перспективу Г.П. Мейнингер называет имплицитной антропологией помогающего, поскольку она, хотя и не намеренно, имплицитно, создает образ того, что значит быть человеком. Эта имплицитная антропология адресуется другому как получателю помощи в качестве нормативной

и тем самым может оказаться средством его подавления или доминирования над ним.

Если с этой точки зрения задаться вопросом об имплицитной антропологии, лежащей в основе социальной модели с ее акцентом на безусловном принятии особенности индивида и уважении его автономии, то становится ясно, что она покоится на антропологии индивидуализма, гораздо более радикального, чем индивидуализм так называемой индивидуальной модели. Сторонниками последней, которая обозначена так именно социальными конструкционистами, признается наличие реального референта у представлений о норме, касающихся как самого индивида, так и социума. В связи с этим сторонники этой модели обвиняются в эссенциализме, т.е. признании оснований отклонения от нормы в сущности, или природе индивида. В силу признания наличия реального, т.е. независимого от социальных договоренностей, референта, стоящего за понятием нарушения, нарушение и определяемая им инвалидность принадлежат сущности самого индивида, а не представлениям о нем социальной группы. Поэтому имплицитная антропология индивидуальной модели наследует философской традиции умеренного реализма в понимании содержания общих понятий, т.е. признания наличия реальных общих присущих индивидам свойств, которые позволяют подводить их под то или иное понятие, тогда как социальная модель, сводящая содержание любого понятия к социальным договоренностям, – традиции номинализма или концептуализма. Эта модель отрицает соответствие понятиям какого-либо реального содержания, кроме произвольно подводимых под эти понятия индивидов и не имеющих существенного отношения к последним конвенциональных концептов.

Если в рамках антропологической концепции, лежащей в основе так называемой индивидуальной модели, проблема качества жизни может ставиться и обсуждаться в терминах помощи индивиду в его адаптации к обычному социуму, то в рамках антропологической концепции, лежащей в основе так называемой социальной модели, проблема качества жизни может ставиться и обсуждаться лишь в терминах деконструкции стигматизирующего социального дискурса и борьбы против дискриминации. Ограниченностью обеих антропологических концепций является статичное отношение к природе индивида и социума, что в понимании их взаимных отношений определяет эмпиризм, который методологически мешает постановке и обсуждению как проблемы формирования субъектной позиции индивида в обществе, так и проблемы формирования адекватной его включению социокультурной ситуации.

Преодоление этого ограничения требует выработки другой антропологии, основанной на представлении о человеке как открытом миру существе, способном выходить за пределы наличного сущего посредством участия в культурном творчестве, в которое происходит трансформации символических ресурсов культуры включающего его сообщества (данный тезис раскрывается мной в статье [4], ценный анализ социокультурных аспектов инклюзии содержится в статье В. Янтцена [6]).

Г.П. Мейнингер ставит вопрос, возможно ли, чтобы неотъемлемая от позиции помогающего нормативная антропология, несмотря на свою нормативность, не была средством доминирования и насилия в отношении другого, средством подчинения его чуждой ему модели человеческого бытия? Данный автор полагает, что такая антропология должна быть инклюзивной, т.е. включающей. Это

означает, что ее принципы должны проходить проверку по двум главным критериям. Первый – это непротиворечивость, в частности, наличие симметричности в отношении себя и другого, чтобы принципы отношения к себе и другому друг другу не противоречили. Второй критерий заключается в проверке ее инклюзивности, т.е. того, не может ли данная антропология как структурирующая и нормативная перспектива в отношении себя и другого, представляющая собой образ бытия человеком, служить исключением другого человека или той или иной группы людей из человеческого сообщества.

С этой позиции, руководствуясь данными критериями, автор проверяет на инклюзивность современные модели включения, в том числе – социальную, причем инклюзивность антропологии помощи он считает необходимым проверять на самой трудной в этом отношении группе – людях с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. Почему выбирается именно данная группа? Причин несколько: первая состоит в том, что люди из этой группы наиболее явно не вписываются в те имплицитные антропологии помощи людям с ОВЗ, которые существуют сегодня, поскольку эти антропологии направлены на обеспечение максимальной автономии получателя помощи. А этот идеал оказывается принципиально недостижим для данной группы людей в силу имеющихся у них тяжелых нарушений интеллекта. Тогда приходится делать оговорки, подобные тому, что надо стремиться к обеспечению их автономии, *насколько это возможно*. Очевидно, что при таком идеале человеческого бытия люди с такими нарушениями оказываются лишены собственного позитивного смысла существования, что им навязывается чуждый для них смысл.

Можно отметить, что в упомянутой статье А.М. Щербаковой, посвященной качеству жизни как интегральному показателю эффективности реабилитации, также особым образом упоминается группа людей с выраженной интеллектуальной недостаточностью, поскольку применение имеющихся на сегодня измерителей качества жизни для этой группы неадекватно особенностям этих людей. В этом смысле, на мой взгляд, можно говорить о том, что имплицитная антропология, лежащая в основе имеющегося на сегодня набора измерителей качества жизни, потому и не соответствует данной группе людей, что также следует идеалу автономии, т.е. представлениям о человеке как рациональном, самостоятельном, владеющем речью, способном к индивидуальной рефлексии и ответственному волеизъявлению существу.

Г.П. Мейнингер предлагает задуматься об истоках нашего идеала автономии, а также о том понятии, которое могло бы замещать его в составе образа бытия человеком. Ссылаясь на этическую философию Ч. Тейлора, он предлагает вместо автономии говорить об аутентичности. Если в основе понятия автономии лежат, как уже говорилось, представления о рациональном, знающем себя, ответственном за свои волевые решения эго, которое стремится прежде всего к самореализации и обеспечению себе этого права на самостоятельность, то аутентичность означает другое. В основе данного понятия – следование себе, своей природе, верность подлинному образу собственного бытия.

Как полагает Г.П. Мейнингер, антропология, основанная на идеале автономии рационального эго, своими корнями уходит в теологию Августина – в его учение о человеке как образе троичного Бога и о Троице, которая трактуется им по аналогии с

психологической структурой разумного, рефлексивного, самосоотнесенного эго, представленной божественными персонами. Альтернативу подобной антропологии, по мнению данного автора, можно найти в ранней христианской тринитарной теологии, представленной каппадокийцами и раскрываемой современным греческим православным богословом Иоанном Зизиуласом. Бытие лиц Божественной Троицы понимается в этой традиции как эк-стазис, выход навстречу общению с Другими, направленный на утверждение Другого. Причем этот выход навстречу Другому имеет уникальный и неповторимый характер, что вносит в их отношения личный характер. В этой общительной структуре бытие каждого лица строится его уникальными общительными отношениями с другими, а не статичной характеристикой, определяемой его модальностью в структуре замкнутого на себя целого. В рамках такого образа бытия субстанция и отношение перестают быть отдельными элементами бытия, равно как отношение больше не является вторичным атрибутом субстанции, производным от ее сущности. Именно такую антропологию, направленную на общительное утверждение другого в его аутентичности, автор считает инклюзивной, тогда как антропологию автономного рационального, рефлексивно самосоотнесенного существа он рассматривает как результат отчуждения от других и разрыва изначального общительного единения с ними. В связи с этим, ссылаясь уже на протестантского теолога Д.Дж. Холла (D.J. Hall), Г.П. Мейнингер пишет о необходимости различать сущностную аутентичную человечность, которая определяется предназначением человека, и экзистенциальную, неаутентичную человечность, которая реализуется в условиях его существования в отчужденном мире.

Инклюзивная антропология иллюстрируется на примере отношений, выражаемых личным именем. В личном имени, которым меня называет другой, я существую для него не как представитель биологического вида человека, из которого это имя меня выделяет как его представителя на основании какой-либо объективно присущей мне особенности, а как этот неповторимый другой, к кому он и обращается по имени.

Г.П. Мейнингер подчеркивает, что в рамках инклюзивной антропологии, где бытие каждого понимается как раскрывающееся в уникальных отношениях с другими членами общности, никто не определяется наличием или отсутствием у него тех или иных способностей или потенциала улучшения. Поэтому люди с выраженной интеллектуальной недостаточностью точно так же являются членами такой общности, как и все остальные, так как их интеллектуальная недостаточность больше не конституирует отношение к ним в этой общности. И это, по мнению автора, задает моральный климат помощи, который наиболее соответствует уважению уникальности и аутентичности другого.

Говоря далее о этических следствиях, вытекающих из принятия подобной инклюзивной антропологии для организации помощи людям с выраженной интеллектуальной недостаточностью, а также, можно добавить в рамках предмета данной статьи, - для построения критериев оценки качества жизни, Г.П. Мейнингер особо отмечает необходимость герменевтической компетентности у лица, профессионально оказывающего помощь. Это вытекает из направленности на поддержку аутентичности другого, что предполагает интерпретацию отношений с ним. Необходимым элементом подобной компетентности является отказ от позиции

внешнего наблюдателя, склонного превращать другого в объект помощи, и нацеленность на личную встречу с тем, кому эта помощь оказывается. Далее автор отмечает как часть процесса интерпретации отношений с другим необходимость быть в диалоге с другими людьми, кто также вовлечен в общение с лицом, получающим помощь профессионала, – родителями, братьями и сестрами, друзьями, коллегами, чьи интерпретации должны быть отражены в хорошо сбалансированном образе отношений с другим. В задачи статьи не входит дальнейший анализ качества отношений с получателем помощи. Можно лишь упомянуть, что Г.П. Мейнингер говорит о важности самокритики, анализирует (как часть морального отношения в рамках инклюзивной антропологии) «имагинативную антиципацию» (способность «предвосхищения в воображении», так можно перевести этот термин, вытекает из того, что в реальных условиях аутентичная общность всегда остается моральным идеалом, который никогда полностью не осуществим практически) и необходимость герменевтической «чуткости» (*subtlety*).

В связи с этими размышлениями автора обращает на себя внимание смысловая лакуна в его построениях: говоря о диалоге в интерпретации, он не упоминает о вкладе в интерпретацию отношений самого лица, которому оказывается помощь. Понятен источник этого умолчания: речь идет о людях с тяжелыми нарушениями интеллектуальных способностей, у которых может отсутствовать речь, многие навыки самообслуживания и т.п. И все же здесь заметен дефект в построении инклюзивной антропологии, направленной на включение людей с тяжелыми ментальными нарушениями.

Обсуждение данной проблемы выходит уже за рамки этой статьи, однако необходимо отметить, что ее непроясненность у Г.П. Мейнингера представляется следствием неясности и в другом вопросе. Говоря о различии аутентичной, идеальной человеческой общности и отчужденной и неаутентичной реальной человеческой общности, этот автор, как кажется, упрощает проблему аутентичности, поскольку упускает из вида тему культуры как сферы выражения и объективной репрезентации для другого переживаемых отношений. Эта тема важна и потому, что человек, будучи существом существенно телесным, воплощенным (проблема телесности бытия человека отчасти представлена в литературе, посвященной проблемам «воплощенной личности» – embodied person, см. также [6]), несомненно включает эту воплощенность в свою аутентичность. Но тема культуры значима и в связи с тем, что подобная аутентичная воплощенность влечет за собой моральное требование относиться к другому человеку, кем бы он ни был и какими бы способностями ни обладал, как к существу, способному к культурному выражению. Это означает требование относиться к нему как к существу, помощь которому, если она ставит задачу поддержки его аутентичности, а именно таково требование инклюзивной антропологии, должна быть направлена на развитие его собственной аутентичной способности к культурному воплощению своих общительных отношений. Тогда упомянутая выше смысловая лакуна будет восполнена, и помогающий не будет интерпретировать аутентичность другого без него самого.

Но при этом будет также решаться и проблема нахождения адекватных критериев качества жизни человека с выраженной интеллектуальной недостаточностью, поскольку появится возможность, причем не имажинативно, не в воображении, а в

практике помощи, направленной на поддержку аутентичной способности к культурному воплощению своих отношений с другими, аутентичного культурно опосредованного общения с ним.

Список литературы

1. Леонгард Э.И., Краснова Н.А., Пирожник Н.Т., Прудникова М.С. Инклюзивное образование в различных условиях интеграции // Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М., 2010. – С. 139-148.
2. Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом: В 2-х частях. Часть 1: Западная Европа. – М. : Печатный двор, 1996. – 182 с.
3. Шеманов А. Ю. Другой как «неспособный»: социальный конструктивизм vs. медиализация [Электронный ресурс]. // Культурологический журнал 2012. № 1 (7). URL: http://www.cjournal.ru/rus/journals/112.html&j_id=9 (дата обращения: 02.10.2012).
4. Шеманов А. Ю. Проблема формирования инклюзивной общности и парадигмы в изучении творческой деятельности // Психологические науки и образование. 2014. № 1. (в печати)
5. Щербакова А.М. Качество жизни людей с интеллектуальной недостаточностью – от концепции к технологии [Текст] // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Отв. ред. А.М. Щербакова. – М. : МГППУ, 2011. – С.67-75.
6. Янтцен В. Нарушения развития и инклюзия // Культурно-историческая психология. – 2011. – № 3. – С.98-104.
7. Meininger H.P. Authenticity in Community // Journal of Religion, Disability & Health. – 2011. – V.5. – № 2. – P. 13-28.

8. Paliocosta P., Blandford S., Inclusion in school: a policy, ideology or lived experience? Similar findings in diverse school cultures // Support for Learning. – 2010. – V.25. – № 4. – P.179-186.

9. Slee R. Beyond special and regular schooling? An inclusive education reform agenda // International Studies in Sociology of Education. – 2008. – V.18. – №2. – P.99–116.

Опыт авторства – ресурс психологического здоровья

Мелик-Пашаев А.А.,

ФГНУ ИИ РАО, ГБОУ ВПО МГППУ

Аннотация. Автор исходит из того, что каждый человек изначально является потенциальным творцом. Поэтому опыт творчества, в частности художественного, не только необходим для нормального развития каждого ребенка, но может стать основой терапевтических и реабилитационных практик. С этой точки зрения рассматриваются пути приобщения к художественному творчеству детей с ограниченными возможностями развития.

Ключевые слова. Творчество, внутренняя энергия души, психологическое благополучие, арттерапия, «психическое тело» человека.

Abstract. The author assumes that every person is born with creative potential. That is why the experience of creativity, including the artistic creation, is not only necessary for the healthy growth of every kid, but is also capable of becoming the basis of therapeutic and rehabilitative

practices. The ways of attracting children with disabilities to artistic creation are viewed in this light.

Keywords. Creative work, inner energy of soul, psychological well-being, art-therapy, «mental body».

Автор исходит из достаточно распространенного убеждения, что между нормой и патологией, или, попросту, между здоровьем и болезнью нет резкой черты; что зачастую «ограниченные возможности здоровья» обнажают, а иногда, может быть, и маскируют проблемы, *общие для всех людей*. Такие, например, как смутно осознаваемое переживание своей «недостаточности», нереализованности, невыполнения своего предназначения, не – бытия самим собой и тому подобные, которые нам еще предстоит обсуждать. Можно ли всерьез говорить о «высоком качестве жизни» такого человека, каковы бы ни были «объективные» показатели его достатка или физического здоровья?

Рискнем предположить, что обозначенный зазор между наличным и возможным Я, или, как сказали бы философы, между *существованием* человека и его *сущностью*, может стать не только причиной стойкого психологического неблагополучия, переходящего в различные психические и психогенные заболевания, но также позитивным фактором – пространством и побудителем личностного роста. А значит – важнейшим ресурсом для терапевта, воспитателя, педагога или духовного руководителя.

Итак, мы исходим из того, что «здоровье» и «болезнь» на практике образуют некий континуум, а не живут на разных полюсах. Тогда, если опыт творчества, в частности – художественного, обладает исцеляющей и профилактической силой – а мы попытаемся

обосновать утверждение, что дело именно так и обстоит – его влияние должно быть благотворно для каждого человека, для каждого ребенка, независимо от того, как оценивается наличное состояние его здоровья. Но при ограниченных возможностях развития (ОВР), когда речь идет не об успехе в какой-либо профессии, а о самой возможности полноценного проживания жизни, экзистенциальная необходимость такого опыта выступает с особой остротой, тогда как пути его приобретения, напротив, максимально затруднены.

Поскольку мы допустили обязывающее упоминание о *человеческой сущности*, нужно условиться, что под этим будет подразумеваться. Ведь любая попытка психотерапевтического или педагогического воздействия на человека, даже если она выступает в объективной «броне» рациональной доказательности и экспериментальной достоверности, опирается (чаще – неосознанно) на *недоказуемое и не проверяемое* исходное представление о том, в чем же состоит эта самая сущность человека? *Что*, а вернее – *кто* есть человек? И лучше, если это аксиоматически принимаемое основание будет по возможности осознано и вербализовано.

Наша исходная позиция состоит в том, что *человек – по природе творец*. Что способность и предназначенность к творчеству – не прерогатива особо одаренных людей и не специализированное качество, проявляющееся в отдельных профессиях, а неотъемлемое свойство *всякого нормально развивающегося человека*.

Во избежание недоразумения оговоримся: под *нормой* мы имеем в виду не то, что можно с достаточной уверенностью отличить от патологии, и не среднестатистическую частоту проявлений какого-либо психологического качества в сложившихся на сегодняшний день общественно-исторических условиях, а ту *полноту возможностей*,

которая человеку *задана*, в *принципе* доступна и направляет изнутри его саморазвитие, хотя крайне редко целиком реализуется в ограниченном пространстве - времени его земной жизни. Напомним по аналогии: А. Маслоу, раскрывая суть понятия «самоактуализация», писал, что изучать возможности человека надо, ориентируясь на людей наиболее совершенных, являющих собой, каких высот может достигать человек – и исходя из этого стараться постигать и помогать саморазвитию людей «обычных», то есть близких к *статистической* норме, но также предназначенных и способных к самоактуализации. [9, стр. 53 и далее.]

Тезис, гласящий, что *человек – творец по природе, от рождения*, можно было бы поддержать аргументами из самых разных областей, от теологии до повседневной педагогической практики - но, конечно, не в рамках данного сообщения. Поэтому ограничимся обращением к почти забытой замечательной работе философа, психолога, педагога, а впоследствии также священнослужителя и богослова В.Зеньковского «Проблема психической причинности» [6]. В этом исследовании автор, на обширном психологическом и психофизиологическом материале, многократно и терпеливо доказывает, что психическая жизнь человека не порождается и не определяется объективными факторами, то есть не обусловлена *причинно*, а является реализацией изначально присутствующей *внутренней энергии*, или *внутренней активности души* (Зеньковский называет ее также *самодетельностью души*), которая *телеологически*, то есть в соответствии со *своими целями*, перерабатывает материал каких бы то ни было внешних, объективных воздействий и условий.

Этот принцип внутренней активности, телеологически – избирательно направляющей развитие, Зеньковский относит не только

к человеку, а распространяет на все живое. Важную параллель этому находим в трудах выдающегося физиолога Н.Бернштейна, который считал, что «реактивные механизмы играют... роль как технические компоненты приспособительной регуляции, но никогда – как прямые регуляторы поведения» [4, стр.443]; последнее управляется «моделью потребного будущего», то есть – телеологически.

С нашей точки зрения, эта изначальная, телеологически направленная энергия и есть свидетельство творческой природы человека. В результате произвольных и не направленных поначалу проявлений внутренней активности (голосовых, двигательных), младенец начинает ощущать, а потом и сознавать себя источником тех или иных изменений в реальном мире. В объективном «зеркале» этих изменений он узнает самого себя как действительную *причину*, как «автора», как *реально существующего*, способного и правомочного оставлять в мире неоспоримый след, как бы печать своего присутствия. Хотя бы, к примеру, след на песке от прутика в собственной руке. Историко-культурный, или, если угодно, филогенетический аналог этого – знаменитые параллельные линии – «макарены» и еще более знаменитые отпечатки руки древнего человека. Наши интерпретации мотивов тех, кто их оставлял, неизбежно гадательны, но очень похоже на правду, что один из них – стремление новорожденного человеческого разума осознать, убедиться и запечатлеть свое присутствие, свою реальность, свое право оставить след в мире.

Путь от произвольных младенческих проявлений внутренней энергии «вообще» к высоким формам художественного или иного творчества долг, «самодеятельность души» претерпевает на этом пути много трансформаций. Но мы готовы настаивать, что именно в

ней – *неспецифический* исток человеческого творчества. Здесь уместно напомнить одну из идей выдающегося философа и психолога-теоретика Н.О. Лосского, который считал, что человек изначально наделен *бескачественной творческой силой*, которая впоследствии избирает те или иные конкретные пути реализации в человеческой культуре и жизни.

Эта изначальная «бескачественность», а потому и универсальность творческого потенциала человека сказывается в том, что полноценное проявление творчества возможно *во всех сферах* человеческой жизни и культуры, а не только в каких-то определенных областях деятельности. Творческой, или не творческой бывает не та или иная профессия, а сам человек, возвышающийся до «сверхличного» уровня, и это может проявиться, или не проявиться в любой области жизни, общения или деятельности – от организации быта, уровня межличностных отношений до общественного служения, науки, искусства, религии. [8 и др. сочинения]

Приближаясь к проблематике психологической реабилитации, напомним также: известный ученый и психотерапевт М. Бурно, автор метода «Терапия творческим самовыражением», полагает, что творческой, а *потому и целительной* может стать практически *любая* деятельность: не только создание произведений, но и общение с природой, с искусствами, с наукой, коллекционирование, воспоминания, ведение дневников, переписка со своим врачом, путешествия, «творческий поиск одухотворенности в повседневности» ... [11, стр.19]

В то же время, забегая немного вперед, скажем, что открытие в себе «бескачественной» внутренней энергии души, «причиняющего» авторского начала в художественном творчестве происходит с особой

остротой, обладает наибольшей непосредственностью, захватывающей убедительностью и, по-видимому, наиболее эффективно с терапевтической точки зрения.

Не случайно сами творцы искусство ярко переживают в себе «прорывы» авторской энергии, связанное с этим чувство собственной реальности, полноты бытия самим собой, совершения именно того, к чему ты призван.

Напомним некоторые строки О. Мандельштама:

*... Рисунок вычерченный метко,
Когда его художник милый
Выводит на стеклянной тверди,
В сознании минутной силы,
В забвении печальной смерти.*

И в другом стихотворении:

*На стекла вечности уже легло
Мое дыхание, мое тепло.*

.....

*Пускай мгновения стекает муть-
Узора милого не зачеркнуть.*

Живописец К. Петров-Водкин так писал о своем гениальном современнике: «ключок бумаги, обработанный Врубелем, останавливает: здесь был человек! Человек оставил тайну бытия!»

Что касается детей, то для них развивающий и целительный опыт художественного творчества приоритетен по ряду причин, о которых будет повод упомянуть ниже. А сейчас подчеркнем: речь идет не о специфике искусства как профессии, не о создании ценных

художественных произведений, а об актуализации в сознании человека его собственной реальности, онтологической прочности «Я», суверенности души в этом мире, который постоянно норовит подчинить ее, сделать малозначащим звеном в непрерывной цепи объективных и равнодушных к ней причинно-следственных связей. Об осознании нашего права и обязанности осуществлять в мире внутреннюю энергию своей души, или, как говорил митрополит Антоний Сурожский, «жить изнутри наружу».

Признаемся: большинство из нас, принадлежащих к «статистической норме», не имеет этого постоянного самосознания-самоощущения, которое издревле определялось формулой «Я есмь». Для нас привычнее плыть в потоке меняющихся условий и требований действительности, приспособливаться к переменчивым потребностям организма и общества, как бы поневоле сохраняя самоидентичность «я». Но сущностная, неосознаваемая потребность человека «жить изнутри наружу» не может смириться со своим заточением. Не это ли становится причиной фонового психологического неблагополучия, чреватого чувством бессмысленности жизни, пустотности, нереальности, отсутствия значимости собственного «я», такими явлениями, как «невовлеченность», как «деперсонализация» и т.п.

Удивительна психологическая тонкость известного эпизода из IV действия комедии Н.Гоголя «Ревизор».

Хлестаков. Не имеете ли и вы что-нибудь сказать мне?

Бобчинский. Как же, имею очень нижайшую просьбу.

Хлестаков. А что, о чем?

Бобчинский. Я прошу вас покорнейше, как поедете в Петербург, скажите всем там вельможам разным, ... что вот, ... живет в таком-то

городе Петр Иванович Бобчинский. Так и скажите: живет Петр Иванович Бобчинский.

Хлестаков. Очень хорошо.

Бобчинский. Да если этак и Государю придется, то скажите и Государю, что вот мол, Ваше Императорское Величество, в таком-то городе живет Петр Иванович Бобчинский.

«Маленькому человеку» необходимо внешнее подтверждение того, что он-таки *есть!* Ему, кажется, что если сам Государь узнает, что человек с таким именем просто живет на свете, жизнь его уже не исчезнет, как если бы ее и не было; что так он приобщится к чему-то прочному, чуть ли не вечному...

В жизни неосознанные попытки человека, лишённого творчества, заявить о своем существовании (выкрикнуть: «Я ЕСМЬ!») бывают не столь трогательны и безобидны. Они принимают формы то резко выраженного негативизма, то нелепых немотивированных поступков, «отклоняющегося», агрессивного, криминального поведения, вплоть до разрушения («архетип» Герострата) и саморазрушения.

Несомненно, корни всех этих отклонений в психике и поведении взрослого человека нужно искать в детстве и, в первую очередь, в лишённой творчества долгой школьной жизни большинства детей. (Частный, но характерный пример. Психолог Ю. Бабаева убеждена, что «расцвет» так называемой киберпреступности – прямое следствие того, что не востребована творческая одаренность подростков в этой новой области деятельности. [1])

Наш, и не только наш долгий опыт показывает, что призывы переориентировать общее образование на творчество, в частности – дать простор творчеству художественному, не воспринимаются теми, от кого более всего зависит принятие решений. Но существует

ценность абсолютная и непререкаемая, которую никто не осмелится поставить под сомнение. Во всяком случае – вслух. Это – *здоровье детей*, которое иногда называют даже основной целью образования. Как же с этим обстоит дело в действительности?

Из трудов специалистов, в частности В. Базарного [2] мы узнаем, что традиционная школа с ее методами обучения и аттестации все более и более истощает детей. Привычными стали такие понятия, как «*школьная близорукость*», «*школьный сколиоз*», «*школьная тревожность*», «*школьная неврастения*», «*школьный шок*» (у проходящих в первый класс), распад психомоторной сферы, деградация воображения и даже жутко звучащая «*шизоидная интоксикация*». Как бы не забыть, что мы говорим пока не об ОВЗ, а об условно «нормальных» и «здоровых» детях!

Эти явления имеют ряд причин, но важнейшая из них – *отсутствие творчества в жизни детей*. Творчества как такового, не обязательно художественного. Наши дети – «ничего не авторы», в первую очередь не авторы собственной жизни. Они почти не живут «изнутри наружу», а если пытаются, такие попытки, в лучшем случае, не получают поддержки.

Вот как говорит об этом уже упомянутый В. Базарный: «Вне творческого вдохновения дети оказываются в тисках гнетущих, *практически невыносимых переживаний – переживаний пустоты, бессмысленности жизни, переживаний невыносимости тягучести времени...*» (курсив автора – М.-П.).

Стоит ли удивляться, что, по данным статистики, около половины наркозависимых людей встают на этот путь в подростковом возрасте (11 лет и старше). По данным СМИ, около 40% госпитализаций в психиатрические клиники составляют дети и

подростки с асоциальными формами поведения и ранней наркотизацией. Отметим попутно: среди учащихся элитных учебных заведений наркозависимых оказалось в 2-2,5 раза больше, чем в обычных городских школах, и в 10 раз больше, чем среди сельской бедноты. Есть о чем задуматься тем, кто полагает, что житейское благополучие при отсутствии творчества и смысла жизни сделает их ребенка здоровым и счастливым!

Вынуждены повторять еще и еще раз: человеку *необходимо* «жить изнутри наружу», реализовывать внутреннюю активность своей души, свои возможности – большие или «ограниченные», но *свои*. В детстве, когда с невероятной быстротой растут и тело ребенка, и его душевные способности, это особенно важно. Что же происходит, если эта растущая творческая сила не получает положительного, одобряемого выхода в культурное пространство? Тогда то, что ребенок принес в мир, или задыхается и умирает, как травинка, которой оказалось не под силу проломить асфальт, или взрывается, как запаянный кипящий чайник; последствия такого неосмысленного взрыва бывают и абсурдны, и страшны. В.Базарный сказал как-то, что человек бывает либо творческим, либо больным. Несколько перефразируя его слова, скажем: ребенок, лишенный творчества, *либо потенциальный больной, либо потенциальный преступник*. Или и то, и другое.

Испытанное в детстве «невыносимое переживание» пустоты и бессмысленности жизни сплошь и рядом так тяжело отзывается на психике взрослого человека, что возникает необходимость в психотерапевтической помощи. И тогда вступает в свои права *терапия творчеством*, или, как называет свое направление М. Бурно, терапия творческим самовыражением, сокращенно – ТТС.

Что же, с его точки зрения, лежит в основе расстройств, которые требуют исцеления творчеством? Исходя из всего, сказанного выше, ответ угадать не трудно. «При всяком серьезном расстройстве... человек испытывает тягостное чувство неопределенности, нестабильности, аморфности своего «я» – вплоть до мучительных деперсонализационных расстройств. Эта потеря себя и есть... глубинный узел тягостной, патологической душевной напряженности...» А творчество в разнообразных его формах помогает «вернуться к самому себе, отчетливее почувствовать себя собою, увидеть свой путь и предназначение, обрести смысл жизни. (Как не вспомнить «смысложизненную терапию» В. Франкла!) Творчество – вызывающая душевный подъем встреча с самим собой, с потерянным в детстве и забытым собой. [11, стр.18 и далее]. Характерно, что терапия творческим самовыражением, по мнению автора метода, наиболее эффективна для пациентов с дефензивными, т.е. «оборонительными» расстройствами психики, с переживанием собственной неполноценности в разных его проявлениях.

Итак, повторим: терапия и профилактика творчеством – высвобождение и осознание внутренней энергии собственной души, встреча с самим собой как автором-творцом «показана» всем, здоровым и больным, взрослым и детям. Но в случаях детей с ОВЗ, как мы уже говорили, ситуация и острее, и сложнее. Тут спасительная внутренняя энергия порой бывает скрыта такой пеленой, что, кажется, ребенок не может ощутить ее истока в себе самом, не говоря уж о том, чтобы целенаправленно осуществлять ее в какой-либо деятельности. Тем важнее верить в ее существование и терпеливо открывать для нее протоки и в самосознание, и в деятельность ребенка. Думается, в этом – единое основание и общий вектор реабилитационных,

реабилитационных, коррекционных практик, индивидуальных и ситуативных методик, без которых сказанное, конечно, останется лишь декларацией, хотя бы и верной теоретически.

Заранее можно сказать, что этот единый принцип будет по-разному реализовываться при разных вариантах ОВЗ. Например, в случаях интеллектуальной недостаточности / умственной отсталости, в случаях ограничения физических возможностей ребенка, с интеллектуальной недостаточностью не связанных, и в тех случаях, когда ребенку надо преодолевать и то, и другое.

В *первом* случае, очевидно, нужно терпеливо приобщать ребенка к творческому опыту, на который у него может и не быть *осознанного* запроса; раз за разом пробуждать «самодеятельность души», как бы предоставлять все новые шансы внутренней творческой энергии коснуться самосознания ребенка. Может быть, как ни парадоксально это звучит, поначалу – через внешние результаты активности, например, через рисунки, которые будет инициировать и отчасти воплощать сам терапевт-педагог, но делать это так, чтобы ребенок воспринимал их как им самим порожденные.

При этом огромное значение будет иметь то, насколько дружески и заинтересованно (отчасти «авансом», но без фальшивого преувеличения) принимаются эти инициативы взрослыми или группой ровесников; ребенок будет видеть в этом подтверждение ценности своей активности, правомочности сделать по-своему, оставить «отпечаток своей руки» в реальном мире. Так будет обеспечена внешняя мотивационная поддержка медленно пробуждающемуся внутреннему «творческому Я» ребенка, с возможными благоприятными последствиями для его самоощущения в мире и для общего развития.

По правде говоря, и «в норме» многие дети проходят подобные этапы творческого развития, правда, в более раннем возрасте, с меньшими трудностями для себя и педагога и в более быстром темпе.

Второй случай мучительно труден, но по-своему прост. Сохранное сознание позволяет ребенку стремиться к самореализации, к самостоятельности в жизни и к авторской активности в какой-либо деятельности. Тут, очевидно, решает то, что специалисты называют «реабилитационным потенциалом личности» [5]. От нас требуется, главным образом, психологическая поддержка – этого потенциала, его мотивированности и эмоционально-волевой регуляции самим ребенком. И, конечно, на каких-то этапах – физическая помощь в достижении целей, которые он ставит перед собой.

Приобщение к художественному творчеству с его полнотой «вовлеченности» и привлекательностью результатов может быть в подобных случаях очень эффективным. Конечно, пораженные органы или функции можно просто тренировать, преодолевая инвалидность волевым усилием. Но можно подчинить лечебную задачу художественно-творческой, образной, например – сценической, или какой-либо иной, требующей реализации в физическом действии. Тогда мотивация, условно говоря, отрицательная – избавиться от инвалидности – заменяется положительной – выразить себя в творчестве, а первая из этих двух задач, при тактичном руководстве, решается «внутри» второй.

Случаи творческой самореализации при телесной инвалидности, зачастую связанные и с полным преодолением последней, очень распространены. Известны и поразительные примеры, когда тяжелейшие последствия полиомиелита, или слепоглухота, или даже полная обездвиженность и утрата всех каналов непосредственной

связи в мире не мешали (или, как ни трудно это выговорить, помогали) человеку с предельной полнотой реализовать внутреннюю энергию души – стать великим физиком, непобедимым спортсменом, крупным ученым и педагогом, способным помогать «товарищам по несчастью». Или, что чаще случается, не имея громкого имени, столь же полноценно, творчески, порою героически осуществить себя в повседневной жизни, в общении с людьми, в «обычных» профессиях.

Ю. Красный, замечательный педагог и арттерапевт, который в детские годы пережил длительный период ограничения в движении, а позднее полностью преодолел его последствия, пишет: «Болезнь сделала меня запойным читателем, развила воображение, приохотила к ручному труду: я непрерывно что-то рисовал, клеил, изобретал». И утверждает, что запасы физической и духовной энергии (внутренней энергии души!), переполнявшие его в последующие десятилетия жизни, аккумулировались именно тогда, в обездвиженном детстве. [7, с. 9]

Сам Ю. Красный работал с детьми, которых надо отнести к *третьему*, самому трудному из намеченных выше вариантов ОВЗ – с больными детским церебральным параличом, среди которых было немало таких, кто не мог ни передвигаться, ни говорить. Практика Красного чрезвычайно интересна с точки зрения того подхода, который мы пытаемся обосновать. Он с самого начала стремился перейти от узких утилитарных приемов арттерапии к *полноценной художественной деятельности*, уводить лечебные задачи на периферию детского сознания и привлекать внимание к задачам *творческим*, хотя целью всегда было развитие личности, а отнюдь не успехи в искусстве как таковом.

Поначалу приходилось непосредственно, собственной рукой или с помощью приспособлений из подручных средств помогать ребенку брать и удерживать кисть, проводить линию, или, напротив, сдерживать хаос неуправляемых движений. Но когда ребенок видел, к примеру, как *из-под его руки* выплывает поток сочного, красивого цвета, это так завораживало его, что, случалось, самые зажатые «колясочники» переставали замечать момент, когда их рука начинала двигаться уже без поддержки...

Художественное творчество дает возможность использовать и терапевтические ресурсы совместной работы. К примеру, ребенок вначале способен оставить на листе лишь бесформенное пятно – но его более продвинутые товарищи, вместе с педагогом, находят в пятне сходство с каким-либо реальным предметом, своими добавлениями усиливают это сходство и превращают пятно в персонажа коллективного рисунка или будущего мультфильма. При этом автор первого, можно сказать – случайного пятна чувствует себя, и действительно является соавтором ценного, интересующего детей и взрослых произведения и слышит свое имя первым в ряду его создателей. И в перспективе он сможет все более сознательно и произвольно порождать более артикулированные замыслы и изображения.

Ю.Красный отдает должное обычным методам реабилитации и социальной адаптации, которые приближают детей с ОВЗ, или детей с особыми потребностями, к нам – здоровым людям. Но он считает – и трудно с этим не согласиться – что наше «здоровье» - не идеал и не конечная цель. Каждый из больных детей «представляет собой неповторимую и содержательную Личность, заслоненную от нас внешними проявлениями ДЦП. Занятия подлинным, неутилитарным

искусством способны «проявить» эту Личность, вызвать к жизни «большое Я», собрать «всего человека» в бескорыстном творческом акте. [7, с. 16]

Кратко остановимся на одном не вполне очевидном моменте. Из вышесказанного следует, что во многих случаях ребенок, при поддержке взрослого, не только расширяет возможности, овладевает, исцеляет свое тело, свой физический организм – он также восстанавливает, лечит, подчиняет своим целям свое ограниченное в возможностях, травмированное или недостаточно развитое *психическое тело* [10] – свое восприятие и мышление, память и внимание, свою эмоциональную сферу и т.д. При этом он, не сознавая того, как бы утверждает свой суверенитет по отношению к собственному несовершенному психическому организму, становится носителем не столько своей болезни, сколько своей не пораженной болезнью, глубинной творческой сущности, внутренней энергии души; занимает по отношению к своей болезни такую позицию, *в принципе позволяющую ее преодолевать* – творческую позицию *внеаходимости*, которую М. Бахтин описывал применительно к искусству, к *художественному творчеству*. [3]

Завершая разговор о специфике и целебных возможностях художественного творчества – авторства, упомянем о случаях, несколько выпадающих из рассмотренного ряда. Хорошо известно, что большинство детей, по крайней мере до младшего подросткового возраста, принадлежат к тому психологическому типу, который со времен И.Павлова, условно называют «художественным», в отличие от «мыслительного»: они воспринимают действительность, в первую очередь, не рационально-аналитически, а целостно и эмоционально-образно. В то же время школьное обучение ориентировано прямо

противоположным образом – что, кстати, неоднократно упоминавшийся В.Базарный обоснованно относит, наряду с отсутствием творчества, к разрушительным факторам существующей системы образования.

Порою эта эмоционально-образная составляющая настолько преобладает, что в условиях однобоко – рациональной школы ребенок выглядит безнадежно глупым в глазах ровесников, учителей, и в своих собственных. От этого состояния недалеко до таких тревожных с психиатрической точки зрения явлений, как «выученная беспомощность», ощущение себя «вне жизни», элементы деперсонализации или аутизация.

Но нам известны случаи, когда младшие школьники с такой судьбой, в условиях (увы, крайне редких!) развивающего обучения гуманитарно-художественным дисциплинам, неожиданно раскрывали исключительную творческую одаренность и становились в этом отношении безусловными лидерами класса. Это меняло, прежде всего, их самосознание, их необоснованно низкую самооценку, изменяло отношение к учению в целом, отношение к ним детей и взрослых, и даже влияло на успешность в других, нелюбимых и чуждых им, но неизбежных школьных дисциплинах.

В заключение попытаемся соотнести все сказанное с понятием *качества жизни*. Для этого обратимся к обзору ближайшей истории и современных подходов к самой проблеме качества жизни и стратегий его повышения при ОВЗ, проделанному А. Щербаковой. [12]

Автор показывает, что если поначалу в этой области доминировали объективные показатели качества жизни (ее продолжительность, материальный достаток, здоровье и т.д.), то со второй половины минувшего века к ним стали добавлять так

называемые субъективные показатели; по сути – степень психологического благополучия или неблагополучия, которую испытывает человек. Можно, конечно, дискутировать по поводу надежности конкретных опросников, которыми пользуются исследователи, и тех частных критериев благополучия, на которые они ориентируются, но сам по себе поворот к тому, что *реально испытывает* человек с ОВЗ, чрезвычайно важен и перспективен.

А. Щербакова справедливо утверждает, что такая ориентация поможет перейти от исключительного внимания к частным проблемам инвалидности и соответствующим стратегиям помощи – к *более существенным, общечеловеческим* моментам «качества жизни». (Заметим: именно в качестве *общечеловеческих* они «более существенны» и для инвалидов).

Сказанное, как нам представляется, позволяет наметить следующий шаг в разработке проблемы качества жизни. С нашей точки зрения, понимание его субъективных и объективных показателей лишь как *дополняющих* друг друга, их *рядоположенность* и *суммарная* оценка хотя и позволяют разрабатывать действенные стратегии и методики помощи людям (что, конечно, всего важнее), не образуют действительно целостного, теоретически прочного понимания проблемы. А потому могут таить в себе ограничения и для лечебной практики.

Критерии качества жизни могли бы быть иерархизированы, и степень психологического благополучия, которое человек испытывает в меру своей творческой, личностной реализованности, помещена на вершине (или в основании) этой иерархии. В самом деле, если человек чувствует себя на *своем месте в мире*, на *своем* жизненном пути, если жизнь наполнена для него смыслом, то с качеством этой жизни у него,

в основном, все в порядке, даже если с «объективной» точки зрения он маловато зарабатывает, или не приобрел достаточного признания, или даже не очень крепок здоровьем.

На духовной высоте самосознания, для большинства из нас недостижимой, внутреннее состояние человека достигает совершенной независимости от объективных обстоятельств. Но и качество жизни обычного человека измеряется, в первую очередь, его самоощущением, а не теми или иными объективными показателями, которые, может быть, *для него* не так уж существенны. Можно предположить, что этот «субъективный» критерий качества жизни, в основе которого лежит опыт творческой самореализации, остается ведущим и для человека с ОВЗ (что, разумеется, не перечеркивает значимости других критериев, но ставит их в подчиненное положение).

Уточним: мы не имеем в виду некое остановленное «прекрасное мгновение», законченность и статичную удовлетворенность собой. Напротив, тот, в ком работает источник внутренней энергии души, всегда в пути – от себя наличного к себе высшему, более совершенному; именно этим и обеспечивается его психологическое благополучие и качество его жизни. Потому что творчество – залог психологического здоровья человека – это, в первую очередь творческое преобразование самого себя, на каком бы объективном уровне оно ни совершалось: на уровне духовного подвижника, большого художника, человека «статистической нормы» или ребенка с ОВЗ.

Список литературы

1. Бабаева Ю.Д., Войскунский А.Е. Одаренный ребенок за компьютером. – М. : Министерство образования РФ. 2003. 335 с.
2. Базарный В.Ф. Нервно-психическое утомление учащихся в традиционной школьной среде. Сергиев Посад. : Министерство образования РФ, 1995.
3. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. – М. : Искусство, 1979. – 421с.
4. Бернштейн Н.А. Биомеханика и физиология движений. – М.-Воронеж : Институт практической психологии, 1997. – 604 с.
5. Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Концепция реабилитологии. Психологический аспект индивидуальной программы реабилитации // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Отв. редактор А.М. Щербакова. – М. : МГППУ. 2011. – С. 15-26.
6. Зеньковский В.В. Проблема психической причинности. Киев, 1914. – 435 с.
7. Красный Ю.Е. Арт – всегда терапия. – М. : Издательство ООО «Межрегиональный центр управленческого и политического консультирования», 2006. – 204 с.
8. Лосский Н.О. Основные учения психологии с точки зрения волюнтаризма. – СПб., 1903.
9. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. – СПб. : Евразия, 1997. – 430 с.
10. Мелик-Пашаев А.А. «Психика» или «психическое тело» человека? / Культурно-историческая психология. – 2013. – №3. – С.31-37.

11. Практическое руководство по терапии творческим самовыражением / Под общей редакцией М.Е. Бурно. М.: Академический проект ОППЛ. 2002. – 858 с.

12. Щербакова А.М. Качество жизни людей с интеллектуальной недостаточностью – от концепции к технологии // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Отв. редактор А.М.Щербакова. М.: МГППУ, 2011. – С.67–75.

Психологическая реабилитация пациентов после локальных поражений головного мозга с позиций постнеклассической методологии

Вишнева А.Е.,

Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва

Аннотация. В данной статье реабилитация рассматривается с позиций современной постнеклассической методологии, определяется место психологической реабилитации в системе реабилитационных мероприятий. С позиций культурно-исторической системно-деятельностной психологии личности описывается феноменологическое наполнение психологической реабилитации, определяется предмет, цели и «мишени» психокоррекционной работы. Болезнь рассматривается как критическая ситуация, меняющая структуру мотивационно-смысловой сферы личности пациентов.

Ключевые слова. Психологическая реабилитация, постнеклассическая методология, культурно-историческая системно-деятельностная психология личности, структура личности: уровень индивида, уровень социокультурных взаимодействий, уровень индивидуальности, мотивационно-смысловая сфера личности.

Abstract. In this article, rehabilitation is considered from positions of modern of Postnonclassical methodology, is defined the place of psychological rehabilitation in the system of rehabilitation measures. From the positions of Cultural-Historical System-Activity Psychology of Personality is described a phenomenological content psychological rehabilitation is determined the subject, purposes and "targets" psychocorrectional work. Disease is seen as a critical situation, which changes the structure of motivational-sense sphere personality of patients.

Keywords. Psychological rehabilitation, Postnonclassical methodology, Cultural-Historical System-Activity Psychology of Personality, structure of personality: level of individual, level of socio-cultural interaction, level of personality, motivational-sense sphere personality of patients.

В последние годы в медицине происходит смена нозоцентрической модели отношения к пациенту на личностно-центрированную модель, в которой большую роль играют вопросы адаптации субъекта к измененным болезнью условиям существования, нахождения личностных ресурсов для преодоления критической ситуации болезни и ее последствий [3]. Применение данной модели нашло свое развитие в системном подходе к нейрореабилитации, базирующемся на биопсихосоциальном подходе, включающем в себя медицинскую и медикаментозную помощь пациенту, нейропсихологические и нейродефектологические занятия по восстановлению речи и других высших психических функций, а также психологическое сопровождение пациентов, проходящих курс нейрореабилитации [4].

Для правильного и адекватного построения психологического сопровождения пациентов с последствиями локальных поражений мозга требуется определение места психологической реабилитации в системе реабилитационных мероприятий, понимание методологической основы и теоретического наполнения психологической реабилитации. До настоящего времени наблюдается недостаток в исследованиях, посвященных теоретическим и методологическим вопросам психологической реабилитации. Круг психологических феноменов, являющихся составляющей частью психологической реабилитации, определен недостаточно. Не в полной мере описаны цели, задачи и методический комплекс психологической реабилитации. Также отмечается неопределенность психологических «мишеней» для психокоррекционной и психотерапевтической работы с пациентами. Решение данных практических вопросов невозможно без теоретического и методологического анализа реабилитационного процесса в целом.

Для современного постнеклассического состояния науки характерен переход от чисто феноменологического описания изучаемого предмета к пониманию и изучению его структуры как саморазвивающейся системы. В рамках постнеклассической науки наблюдается тенденция к междисциплинарным исследованиям, сетевой способ организации знаний, стремление к выстраиванию междисциплинарного дискурса и нахождению научного языка между разными направлениями науки и практики, исследующих саморазвивающиеся системы. Данные характеристики современной постнеклассической науки отражаются на практических исследованиях. Нейрореабилитация является областью практики, где

реализуются основные теоретические положения постнеклассической методологии науки.

Нейрореабилитация является междисциплинарным прикладным направлением и определяется как *«сложнейший патогенетически обоснованный процесс междисциплинарного комплексного лечения и проведения восстановительных мероприятий с обязательным применением методов медицинского, медико-психологического, медико-педагогического и медико-социального воздействия, значение и интенсивность которых меняются на разных этапах заболевания»* [11; 14]. Принцип междисциплинарности заложен в самом определении нейрореабилитации. Нейрореабилитация осуществляется на биологическом (физиологическом), двигательном (поведенческом), психологическом и социальном уровнях.

В настоящее время выделяют три уровня последствий заболевания, на которых строится реабилитация, объединяющие в единую систему как биологические симптомы, вызванные нарушением мозгового субстрата, так и социальные и психологические последствия заболевания [8; 27].

Первый уровень – нарушения биологического субстрата и связанные с ними нарушения функциональных систем. Это двигательные, чувствительные, тонические нарушения, выявляемые в клинической картине болезни пациента [8]. На данном уровне реабилитации необходимы и адекватны медицинские методы восстановления – медикаментозная терапия, электро-био-стимуляция, рефлексотерапия и другие лечебные мероприятия.

Второй уровень последствий заболевания – нарушения функций, инвалидизация, возникающие вследствие неврологических нарушений. Например, нарушение ходьбы и самообслуживания,

нарушение функции коммуникации и когнитивных функций. При восстановлении нарушенных функций: речи, памяти, мышления, внимания и т.д. достаточно эффективными являются нейропсихологическая и когнитивная реабилитация, а также логопедические методы воздействия. Восстановлением двигательных функций занимается направление двигательной реабилитации – лечебная физкультура, физиотерапия.

Третий уровень – уровень социальных последствий заболевания, снижение бытовой и социальной активности, возникающее вследствие нарушений первого и второго уровней. Проблемы данного уровня находятся в сфере воздействия социально-психологической реабилитации, преследующей цель социальной адаптации человека в социуме, помощь в трудоустройстве [8].

Психологическое состояние пациентов, переживающих критическую ситуацию болезни, не выделяется в отдельный уровень и не получает отдельного рассмотрения, что приводит к неопределенности предмета, «мишеней», задач и методов психологической реабилитации.

С позиций постнеклассической методологии психика человека может быть рассмотрена как самоконтролирующаяся и саморазвивающаяся система [7], которая характеризуется определенной иерархией уровней, обратной связью каждого уровня с уже сложившейся структурой и самоперестройкой в процессе данного взаимодействия [9], [5-7]. В условиях тяжелого заболевания, такого как инсульты и черепно-мозговые травмы, приводящего к длительной инвалидизации, меняющего социальную ситуацию развития, происходит перестройка каждого уровня структуры личности.

Для построения теоретической и методологической базы такой психокоррекционной работы мы предлагаем обратиться к отечественной культурно-исторической (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия) системно-деятельностной психологии личности (А.Г. Асмолов), где нашли свое воплощение идеи постнеклассической методологии науки [1].

Согласно данному подходу личность рассматривается на пересечении трех координат: *«исторического времени, социального пространства и индивидуального жизненного пути»* [1; 297]. В структурном плане личность имеет уровневую организацию: индивидуальный уровень, уровень социокультурных взаимодействий и уровень индивидуальности. Каждый уровень имеет свои особенности формирования в онтогенезе. Критическая ситуация болезни специфическим образом проживается личностью на каждом из трех уровней функционирования.

1. Уровень индивида включает в себя биологические (индивидуальные) свойства человека – возрастно-половые, конституциональные особенности, органические и физиологические свойства строения нервной системы. Индивидуальные свойства являются органическими, нейродинамическими и психодинамическими предпосылками развития личности [1; 226]. При локальных поражениях головного мозга происходят нарушения во многих функциональных системах, изменяются нейродинамические свойства личности. Нарушения данного уровня функционирования личности ликвидируются при помощи медицинской, двигательной реабилитации, когнитивной и нейропсихологической реабилитации.

2. Уровень социокультурных взаимодействий личности. Данный уровень характеризует взаимодействие личности и социума. Личность

на данном уровне рассматривается в динамическом аспекте жизненного пути и социальных связей. На данном уровне исследуются социальные и межличностные отношения, механизмы усвоения личностью социально-исторического опыта [1; 297].

Здесь можно провести параллель с «уровнем социальных последствий заболевания». Вследствие заболевания (инсультов и травм) происходит нарушение привычного взаимодействия личности и социума, ограничение круга общения, потеря работы и значимого социального статуса. Естественная социальная ситуация развития меняется на социальную ситуацию болезни. Вследствие коммуникативных ограничений и сформированного ими страха общения и ощущения своей неполноценности, пациенты ограничивают круг общения, замыкаются в себе. Для многих пациентов основным источником общения являются реабилитационные учреждения, где они находят понимание и поддержку.

Данная сфера требует прицельной психокоррекционной работы. Требуются исследования социальных представлений пациентов, изменений социальных ролей: «роли-для-других» и «роли-для-себя»; изучение отношений в семьях, где один из членов семьи является инвалидом; изучение поведения пациентов в различных ситуациях и в разных по величине участников группах; изучение гендерного поведения в условиях болезни. Более полное понимание изменений социальных взаимодействий вследствие болезни позволит построить комплексную психокоррекционную работу данного уровня функционирования личности.

3. Уровень индивидуальности является ведущим уровнем, определяющим эффективность личности в различных жизненных

ситуациях. Он определяется как *«совокупность смысловых отношений и установок человека в мире, которые присваиваются в ходе жизни в обществе, обеспечивают ориентировку в иерархии ценностей и овладение поведением в ситуации борьбы мотивов; воплощаются через деятельность и общение в продуктах культуры, других людях, себе самом ради продолжения существования образа жизни, являющегося ценностью для данного человека»* [1, 354].

Психологическим наполнением данного уровня являются такие понятия, как личностный смысл и смысловые установки, мотивационная и ценностная структуры личности, самоотношение и самооценка, сфера переживаний пациента (Ф.Е. Василюк). Особенности индивидуальности наиболее ярко проявляются в проблемно-конфликтных ситуациях (таких как ситуация болезни). В ситуации болезни происходит перестройка смысловой и ценностной сферы личности. Например, ценность карьеры может уходить на второй план, уступая место ценности здоровья. Или наоборот, ценность сохранения карьерных достижений может приобретать сверхценностное и сверхмотивирующее воздействие. Меняется мотивационная структура личности. Мы можем предположить, что ведущий мотив деятельности будет иным на различных этапах восстановительного процесса. Так, в остром периоде может преобладать мотив сохранения жизни [2; 554], в резидуальном периоде восстановления на первый план может выходить мотив адаптации к последствиям болезни (гемипарезы, речевые и когнитивные нарушения), но это может быть и мотив избегания и отрицания болезни (анозогнозическое отношение к болезни).

Исследованиями трансформации мотивационно-смысловой сферы личности при различных нозологиях занимались многие

отечественные исследователи (Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, Б.С. Братусь, Т.Ю. Марилова). Изучение мотивационно-смысловой сферы личности у пациентов с последствиями локальных поражений головного мозга является наиболее проблемной областью, вследствие частых нарушений у данных пациентов волевых функций, функций контроля и планирования, общей инактивности и уплощенности эмоциональных реакций. Тем не менее, данная сфера личности пациентов требует более глубокого психологического изучения, так как во многом определяет поведение пациента в реабилитации.

Перечисленные уровни функционирования личности являются взаимосвязанными и принадлежащими единой саморазвивающейся системе. В различных ситуациях доминирующим становится или уровень индивида (физическое самочувствие), или уровень социокультурных взаимодействий личности (ухудшение взаимоотношений в семье из-за болезни), или же уровень индивидуальности (снижение самооценки, трансформация мотивационно-смысловой сферы личности).

Понимая структуру личности, мы можем обозначить «мишени» психокоррекционной работы. Предметом психологической реабилитации с позиций отечественного культурно-исторического системно-деятельностного подхода может быть мотивационно-смысловая сфера личности в социальной ситуации болезни.

Таким образом, постнеклассическая методология дает возможность построения междисциплинарных исследований в реабилитации. Рассмотрение психики человека как саморазвивающейся системы позволяет обосновать существование и взаимодействие разных уровней данной системы. Культурно-

исторический системно-деятельностный подход к личности пациента позволяет выделить феноменологическое наполнение психологической реабилитации, определить предмет, задачи, цели и методы психологической реабилитации; обозначить «мишени» психокоррекционных воздействий; разработать критерии эффективности психологической реабилитации. Системный подход к реабилитации с позиций современной постнеклассической науки позволит определить место психологической реабилитации в общей структуре реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Асмолов А.Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека (Изд. 3-е). – Смысл: Издательский центр «Академия», – 2007.
2. Асмолов А.Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров. – М. : Издательство «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «Модек», 1996. – С. 553 – 562.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях. – СПб. : Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008.
4. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой. Нижний Новгород : НИЖГМА, 2012.
5. Гусельцева М.С. Культурно-психологический анализ в психологии и смежных науках // Психологические исследования: Электрон. науч. журн. – 2009. – №2(4). – URL: <http://psystudy.ru>

6. Зинченко Ю.П. Технологии виртуальной реальности в системе постнеклассической психологии // Мир психологии. 2013. № 1 (73). – С. 31 – 42.

7. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия и постнеклассическая рациональность// Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. – М.: Факультет психологии МГУ имени М.В.Ломоносова, 2012. – 328 с.

8. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шапаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М. : МЕД пресс-информ, 2008. – 560 с.

9. Степин В.С. Классика, неклассика, постнеклассика: критерии различения // Постнеклассика: философия, наука, культура: коллективная монография / Под ред. Л.П. Киященко, В.С. Степина. СПб., 2009. – С. 249 – 295.

10. Степин В.С. Саморазвивающиеся системы и постнеклассическая рациональность // Вопросы философии. – 2003. – №8.

11. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М., 2000

Раздел 2. Проектирование моделей, программ и технологий психологической реабилитации

Нейропсихологический подход к адаптации инвалидов с когнитивными нарушениями вследствие инсультов и черепно- мозговых травм

Малюкова Н. Г.,

Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва,

МГППУ

Аннотация. Статья посвящена значению нейропсихологической работы на позднем этапе реабилитации пациентов с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм. Приводятся результаты нейропсихологического исследования когнитивных функций у инвалидов, перенесших черепно-мозговую травму и инсульт, описывается характерная нейропсихологическая симптоматика в отсроченном периоде последствий данных мозговых катастроф. Очерчивается круг задач, для эффективного решения которых необходимо знание особенностей когнитивных нарушений у данной категории пациентов. Рассматривается роль нейропсихологической диагностики когнитивных нарушений для решения вопросов психологической адаптации инвалида и его родных, их информационной поддержки, решения вопроса о реорганизации окружающей инвалида среды. Подчеркивается необходимость внедрения знаний о мозговых основах высших психических функций, закономерностях их повреждения и восстановления в образовательные программы профессиональной подготовки всех

участников реабилитационного процесса, с целью улучшения социализации инвалидов.

Ключевые слова: реабилитация, когнитивные нарушения, нейропсихология, инсульт, черепно-мозговая травма, инвалиды.

Abstract. The article deals with the importance of Neuropsychological work in the later stage of rehabilitation of patients with stroke and head injuries.

The results of Neuropsychological studies of cognitive functions in people with disabilities, survivors of traumatic brain injury and stroke, is described by the characteristic symptoms in the late period of the neuropsychological effects of brain data disasters. Highlighted a number of challenges for the effective solution of which requires knowledge of cognitive disorders in this category of patients. Examines the role of Neuropsychological diagnosis of cognitive impairment to address issues of psychological adaptation of a disabled person and his family, their information support, the decision on reorganization of the surrounding. Accentuates the need for knowledge about the brain bases of higher mental functions, patterns of damage and recovery in educational training for all participants in the rehabilitation process, with a view to improving the socialization of disabled persons.

Keywords. Rehabilitation, cognitive disorders, Neuropsychology, stroke, head injuries, people with disabilities.

Инсульты и черепно-мозговые травмы занимают одно из первых мест по частоте встречаемости и смертности, тяжести последствий [5,6]. Высокая степень инвалидизации выживающих пациентов обусловлена не только массивными двигательными нарушениями

(парезы, параличи и пр.), но и наличием выраженной когнитивной симптоматики (афазиями, снижением мышления, нарушениями характеристик внимания, памяти, восприятия, несостоятельностью регулирующих функций и др.). Именно когнитивные нарушения часто являются причиной, затрудняющей возвращение инвалидов в общество.

Невозможность обходиться без посторонней помощи в быту, потеря возможности полноценного общения, социальная изоляция, депрессия, внезапное изменение системы семейных отношений, крах жизненных планов – причина тяжелой психологической и социальной дезадаптации больных. Особенностью ограничений жизнедеятельности является их генерализованный и пролонгированный, а в большинстве случаев и пожизненный характер. Т.е. для подавляющей части пациентов, перенесших инсульт или черепно-мозговую травму, эти ограничения остаются непреодолимыми и существенно снижают качество жизни [2,6].

Проблемы восстановления жизнедеятельности и социального статуса людей, перенесших инсульт или черепно-мозговую травму далеко выходят за рамки медицины и затрагивают в разной мере всех членов общества. Решению этих проблем служит реабилитация – система медицинских, психологических, социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и возвращение больных и инвалидов в общество [2].

В настоящее время необходимость организации системы не только лечебных, но и реабилитационных мероприятий для этой категории лиц является общепризнанной [2, 5, 6]. Современная реабилитационная работа базируется на принципах максимально раннего начала реабилитационных мероприятий, их длительности и

непрерывности, высокой дифференцированности и патогенетической ориентированности, комплексности медико-психолого-педагогического процесса [2,5,6]. Реабилитация – это область теоретических знаний и практики, которая вовлекает специалистов самых разных профилей, что связано с разнообразием сфер жизнедеятельности человека, страдающего в результате болезни. На разных стадиях восстановления значение каждого участника реабилитационного процесса неодинаково.

Одним из обязательных направлений реабилитационной работы с пациентами, перенесшими инсульт или черепно-мозговую травму, является когнитивная реабилитация, в процессе которой происходит восстановление познавательной активности пациентов – преодоление нарушений памяти, внимания, речи, мышления и самоконтроля, всех тех дефектов, которые мешают им возвратиться в прежнюю социальную среду [2].

Больные с разными формами поражений головного мозга различаются по возможностям компенсации, темпу и характеру восстановления когнитивных функций. Кроме того, острые повреждения головного мозга также различаются по этиологии, патогенезу, клинике, течению и исходам. Инсульты чаще поражают уже больной мозг, а черепно-мозговая травма чаще возникает у молодых людей, на фоне относительного здоровья. Всё это определяет специфику когнитивной реабилитации на разных этапах восстановления.

Поскольку когнитивный и поведенческий дефицит является следствием массивного органического поражения головного мозга, то возможно когнитивную реабилитацию называть нейропсихологической [2].

Нейропсихологический подход является одним из важнейших составляющих комплексной диагностики, восстановительно-адаптационной работы и оценки прогноза (исхода) реабилитации.

Применение нейропсихологических методов в клинике органических поражений головного мозга позволяет решить широкий круг актуальных задач, среди которых: качественное описание и количественная оценка нарушений когнитивных функций, разработка стратегии и тактики устранения когнитивного дефицита (на основе нарушенных и сохранных форм когнитивных функций), применение методов восстановительного обучения, соответствующих структуре когнитивного дефицита, оценка эффективности реабилитационных мероприятий [1, 4].

На разных этапах восстановления пациента после инсульта или черепно-мозговой травмы задачи нейропсихолога, работающего в одной «команде» с врачом-неврологом, специалистом по лечебной физкультуре, логопедом, различны.

В системе ранней реабилитации описаны методы содействия специалиста-нейропсихолога процессу естественного, спонтанного восстановления когнитивных функций. Состояние пациента на этой стадии характеризуется минимальным осознанием себя, дезориентацией, возможностью восприятия только отдельных фрагментов действительности, эпизодами спутанности сознания, амнезией, неадекватностью речи, быстрым истощением. Целями работы нейропсихолога является восстановление сознания пациента, его ориентировки, восстановление способности адекватного ответа на внешние стимулы. Для этого проводится многократная подача дозируемой разномодальной сенсорной и сенсомоторной стимуляции

пациента, на основе обратной связи оценивается качество и количество реакций больного, их динамика [2,3].

В промежуточном восстановительном периоде (первые несколько месяцев после стабилизации жизненно важных функций), когда сознание и ориентировка пациента восстановлены, доступно достаточно продолжительное удержание произвольного внимания, пациент адаптирован к упрощенному быту, может частично себя обслуживать и выдерживает 15-25 минутное занятие со специалистом, нейропсихолог реализует систему восстановительного обучения, разработанную в отечественной нейропсихологической методологии А.Р. Лурия. Определению стратегии и тактики направленного восстановительного обучения пациента предшествует диагностический этап, целью которого является анализ синдромов нарушения психических функций больного, качественное описание структуры дефекта на основе представлений о мозговой организации и внутреннем строении психических процессов, выявление одно- или многоочаговости нарушения высших психических функций в пределах одного или двух полушарий мозга и их характера (первичного или вторичного, стабильного или флуктуирующего). Научными основами направленного восстановительного обучения пациентов являются психофизиологические, психологические и психолого-педагогические принципы, среди которых принцип внутрисистемной и межсистемной перестройки функциональных систем, использование сохранных анализаторов и обратной связи, принцип программируемого обучения, принцип активности, учет личностных особенностей пациента, системность педагогического воздействия [1,3,4]. Эффективность направленного восстановительного обучения очень высока, несмотря на то, что

достижение значимого и устойчивого результата обусловлено рядом факторов (возрастом пациента, массивностью очага мозгового поражения, наличием сопутствующих заболеваний, мотивацией пациента, степенью его критики к дефекту и пр.) [1,2,5,6].

С увеличением времени, прошедшего с момента начала заболевания, компенсаторные резервы мозга и возможности направленной перестройки когнитивных систем исчерпываются. Наступает период стойких остаточных явлений, и главной задачей специалистов становится адаптация пациента к окружающему миру с учетом сохранившихся когнитивных нарушений. Степень эффективности реабилитации на этом этапе оценивается с помощью специальных шкал, оценивающих степень социальной активности и уровень самостоятельности пациента в быту [2].

Некоторые авторы считают, что на этом этапе реабилитации деятельность нейропсихолога заканчивается, и на первый план выступают специалист-эрготерапевт и социальный работник. Их главными задачами являются повышение «социальной адаптивности» и уменьшение зависимости инвалида от посторонней помощи. При этом «нейропсихолог может не понимать, как нарушения когнитивных функций отражаются в повседневной жизни, а эрготерапевт может не понимать причин нарушений бытового функционирования» (R.Stolwyk, 2007).

Однако такой подход представляется в корне неверным, так как обучение новым поведенческим стратегиям компенсации когнитивного дефицита и выработка новых интегративно-функциональных навыков не могут осуществляться без учета качественной характеристики сохраняющегося когнитивного

дефицита и оценки неповрежденных (или восстановленных) звеньев психической деятельности.

Так, в современной реабилитации является общепризнанным целевой подход, подразумевающий предварительную постановку реабилитационных целей в контексте состояния конкретного пациента. Реабилитационные цели придают процессу восстановления конкретность и направление, определяют приоритеты воздействия, разбивают глобальные задачи реабилитации на достижимые, помогают оценить прогресс реабилитации. Цели характеризуются специфичностью для определенной сферы жизнедеятельности (подвижность, общение, уход пациента за собой, когнитивные возможности), достижимостью и реалистичностью для пациента, измеряемостью (возможностью объективной оценки достижения) и определенностью во времени (2, 6). Идентификация и постановка целей реабилитации даже в период отдаленных последствий невозможна без оценки когнитивных возможностей и ограничений инвалида, что является прямой задачей нейропсихолога.

С целью оценки специфических особенностей когнитивной симптоматики в отсроченном периоде инсульта и черепно-мозговой травмы, нами было проведено нейропсихологическое исследование 55 молодых пациентов (от 30 до 45 лет, средний возраст 39 лет). Все они перенесли инсульт в левом каротидном бассейне (35 человек) или черепно-мозговую травму в результате дорожно-транспортного происшествия (20 человек) давностью от 3 до 5 лет на момент нейропсихологического обследования. За этот период все пациенты неоднократно госпитализировались в ГБУЗ Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы, где проходили курс нейрореабилитации. Показанием к госпитализации

являлось наличие у пациента нарушений речи и других когнитивных функций. Каждый курс длился 45 дней и включал в себя комплекс медико-психолого-педагогических мероприятий: фармакотерапию, моторный тренинг, физиопроцедуры, индивидуальные и групповые занятия с логопедом и нейропсихологом, эрготерапию, музыкотерапию, курс занятий по социально-трудовой реабилитации, психотерапию. Каждый обследованный пациент прошел 3 курса нейрореабилитации. Для исследования состояния когнитивных функций в отсроченном периоде заболевания применялась система методов нейропсихологической диагностики, направленная на оценку состояния внимания, речи, слухо-речевой и зрительной памяти, восприятия (зрительной, тактильной, слуховой модальностей), произвольных движений и действий, конструктивной деятельности, состояния фонового и регуляторного аспектов высших психических функций.

Результаты исследования высших психических функций у больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в отсроченном периоде восстановления показали, что у данного контингента больных имеется отчетливая нейропсихологическая симптоматика нарушения когнитивных функций. Она носит неоднородный, смешанный характер – представлены симптомы несостоятельности различных зон мозга. Группа пациентов с последствиями черепно-мозговых травм отлична по структуре нейропсихологической симптоматики от группы пациентов с последствиями инсультов. Однако выявляются и общие симптомы когнитивной несостоятельности, характерные для всех обследованных пациентов, находящихся в отсроченном периоде мозговой катастрофы.

Среди них отмечались снижение критики к своему состоянию и его частным симптомам, нарушения адекватности поведения и эмоционального реагирования в виде нарушения чувства дистанции со специалистом, манерности, отсутствия активных жалоб или неадекватно низкой оценке собственного речевого или двигательного дефекта. У подавляющего числа больных отмечались такие нарушения динамического аспекта психической деятельности, как утомляемость, флуктуации уровня психической активности, неустойчивость произвольного внимания, инертность во всех видах деятельности, увеличение времени включения в задание, замедленное понимание обращенной речи и инструкций. Нарушения регуляторного аспекта психической деятельности различной степени выраженности были выявлены у всех больных. Наиболее частым являлось нарушение самостоятельной коррекции ошибок, импульсивность, трудности усвоения новой программы деятельности, тенденция к соскальзыванию на стереотипы.

Результаты исследования состояния двигательной сферы показали, что ошибки и затруднения выявлялись у всех пациентов при выполнении проб на оценку динамического праксиса, кинестетического и пространственного праксиса, т.е. выявлялась смешанная симптоматика от нескольких двигательных областей коры мозга. Допускаемые пациентами ошибки зачастую не поддавались коррекции даже по подсказке специалиста, доступным оказывалось только сопряженное выполнение заданий. Выявлялись также негативные изменения динамических аспектов деятельности в виде замедления темпа выполнения проб, инертности.

Исследование зрительного гнозиса у больных различных речевых групп показало, что ошибки носили, в целом, негрубый характер и

проявлялись преимущественно в сенсibilизированных пробах (опознание наложенных и неоконченных изображений). Наиболее часто встречались ошибки по типу смещения фигуры и фона и ошибки в виде неправильных догадок по фрагменту изображения. Вместе с тем, у трети пациентов выявлялась также и тенденция к предпочтению правой стороны зрительного поля при рассматривании фигур. Результаты, полученные при исследовании слухового неречевого гнозиса показали, что наиболее сложными были пробы на воспроизведение ритмических структур и подсчет количества ударов в пачке. Наиболее частыми ошибками были распад ритма при попытке его воспроизведения и ошибки при подсчете количества ударов в пачке. При этом пациенты зачастую нуждались в повторном предъявлении слуховых стимулов. У всех пациентов вызывали затруднения пробы на оценку состояния оптико-пространственного гнозиса и конструктивной деятельности (конструирование из кубиков Коса, копирование фигур с поворотом на 180 градусов, пробы с «немыми» часами и изображение плана помещения). У всех больных отмечались ошибки различных типов, чаще – координатного и проекционного.

В ходе нейропсихологического обследования пациенты активно или пассивно (при расспросах специалиста) предъявляли жалобы на состояние памяти. Прежде всего, они касались снижения памяти на текущие события и трудности быстрой актуализации информации. Однако только 7 пациентов из 55 опрошенных, осознавая мнестический дефицит, пробовали использовать запоминающие или напоминающие устройства. При нейропсихологическом обследовании все пациенты показали несостоятельность слухо-речевой памяти в заданиях на заучивание ряда семантически не связанных слов и

пересказе текста. Прежде всего, это отразилось в ограничении объема памяти, непродуктивности заучивания, повышенной тормозимости следа слухо-речевой памяти. У части пациентов на фоне быстрого истощения появлялись ошибки по типу привнесений слов по созвучию или из других заданий, что указывает на несостоятельность произвольного контроля в мнестической деятельности. Нарушения объема и прочности зрительной памяти, в целом, выражены достаточно негрубо. Наиболее часто в каждой группе встречались неточности воспроизведения отдельных деталей фигуры, пространственные искажения фигур (реверсии относительно осей системы координат) и несоблюдение порядка фигур в ряду. При исследовании интеллектуальной деятельности нарушения вербально-логического мышления выявлялись у всех пациентов. Наиболее сложными заданиями из всех предъявленных являлись определение понятий и исключение «четвертого лишнего». На первый план у пациентов выявлялись ошибки, связанные со снижением уровня обобщения и нарушением избирательности умственной деятельности, что проявлялось в использовании конкретно-ситуативных связей, соскальзывании на побочные ассоциации и пр.

Т.о., исследование состояния высших психических функций у больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в отсроченном периоде восстановления показало следующее:

1) Нарушения когнитивных функций различной структуры и степени выраженности выявлялись у всех больных.

2) Наиболее выраженные дефекты отмечались в сфере слухоречевой памяти, интеллектуальных тестах, конструктивной деятельности, двигательной сфере, в сфере оптико-пространственных представлений.

3) Выявленная нейропсихологическая симптоматика носила мультифакторный характер, что подтверждало патологию целого комплекса участков коры мозга (что является вполне закономерным, учитывая обширность зоны повреждения головного мозга).

4) У всех обследованных пациентов отмечались нарушения всех аспектов психической деятельности: регуляторного, операционального и динамического, что является следствием массивного органического поражения мозга.

Наши результаты подтверждаются данными других авторов, работающих в сфере реабилитации инвалидов в отсроченном периоде мозговой катастрофы и указывающих на сохраняющиеся симптомы нарушений памяти, фоновых и регуляторных аспектов психической деятельности, сложных видов восприятия [2,3,5,6].

В связи с этим, необходимым и важнейшим условием составления программ реабилитации в отсроченном периоде инсульта и черепно-мозговой травмы должна стать предельно ясная специалисту-реабилитологу картина когнитивных и поведенческих трудностей, сохраняющихся у инвалида. Специалист (психолог, эрготерапевт, социальный работник), не владеющий знаниями о структуре и степени выраженности когнитивного дефекта после мозговых катастроф, не умеющий провести хотя бы экспресс-диагностику состояния высших психических функций инвалида не сможет адекватно построить программу его «социализации». Даже при наличии нейропсихологического заключения необходимо умение соотнести выявленные нарушения памяти, внимания, регулирующих функций с социальной и личной ситуацией больного, и из всего

многообразие практических методов адаптации и реабилитации, подобрать методы помощи, специфичные именно для него.

Особенно важны знания о поведенческих и когнитивных нарушениях пациента для решения задачи реорганизации внешней среды. Это обеспечивает инвалиду безопасность жизнедеятельности и повышает структурированность ежедневной активности. Доступное инвалиду расположение необходимых вещей в доме, минимум мебели, отсутствие потенциально опасных объектов (незакрепленных ковров, неустойчивых или бьющихся предметов, скользких покрытий, узких проемов и др.), специальные приспособления в ванной комнате, безопасность и удобство кухни – реализация даже этих простейших мер требует представлений о структуре когнитивного дефицита именно этого больного и не может являться стандартной.

Кроме адаптации окружающей среды, в отсроченном периоде восстановления огромную роль играет поддерживающая и разъяснительная работа специалистов-реабилитологов с семьей инвалида, которая также должна строиться с учетом понимания изменившихся когнитивных возможностей больного. Теме психологической помощи родственникам посвящено огромное количество работ. Описаны стадии психологической адаптации пациента и его близких к болезни, подчеркивается необходимость создания в семье инвалида атмосферы взаимной поддержки и помощи, уважения личных границ, помощи в адекватной оценке перспектив восстановления, обнаружении ресурсов для преодоления ежедневных ограничений [2, 6].

Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов» от 24.11.1995 г в редакции от 01.03.2008 г., инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством

функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты. Поэтому важнейшим шагом для создания реалистического отношения к дефекту является информирование семьи инвалида о сущности болезни и особенностях её проявлений; о том, что нарушения носят приобретенный характер и являются следствием заболевания или травмы головного мозга. Иногда и эти знания помогают семье психологически принять своего родственника в новом статусе инвалида. Родным важно знать, что даже в отсроченном периоде восстановления пациент нуждается во внешнем контроле и наблюдении. Помощь со стороны родственников может заключаться также в активном поощрении адекватного, целенаправленного поведения инвалида. В любом случае, вопросы интенсивности и частоты внешних помогающих воздействий решаются в каждом конкретном случае только с учетом имеющейся когнитивной симптоматики (нарушения произвольного контроля, снижение памяти, импульсивность, трудности прогнозирования последствий собственных действий и пр.) [6]. Таким образом, становится понятно, что ни психологическая, ни информационная помощь родственникам инвалида невозможны без понимания сути имеющегося у него когнитивного и поведенческого дефицита.

Нейропсихологическая методология входит также и в сферу оказания психологической помощи самим инвалидам. Когнитивная сфера человека находится в единстве с эмоциональной, и при массивном поражении головного мозга они страдают совместно. Более чем у половины пациентов с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм выявляется депрессия, тревожность,

неустойчивость настроения. В поведении это может проявляться в виде повышенной раздражительности, импульсивности или, наоборот, пассивности инертности, эмоциональной уплощенности и безынициативности [2,3,4,6]. Традиционно выделяют два типа факторов развития эмоциональных расстройств у пациентов с последствиями массивных органических поражений головного мозга: биологические и психологические. К биологическим факторам относят, прежде всего, «нейрональные поражения» – органическое повреждение лимбической системы и лобных долей, т.е. структур, осуществляющих регуляцию и контроль над эмоциями. К психологическим же факторам эмоциональных расстройств относят возникающие в результате заболевания проблемы (неясность будущего, появление зависимости от близких, крах жизненных планов, потеря веры в себя, крах самоидентичности) и личностные ресурсы пациента для их преодоления [2,6]. Работа психолога с пациентом традиционно начинается с диагностики психологических проблем.

Психодиагностика пациентов с последствиями органических поражений мозга тесно переплетается с нейропсихологической диагностикой. Так, например, многие авторы [2,3,6] большое значение придают дифференциации анозогнозии (следствие массивного поражения правой гемисферы головного мозга) и феномена «отрицания» болезни (естественная психологическая защитная реакция человека, игнорирование чрезмерно травмирующей его информации). Так как при одинаковом «фасаде» анозогнозия и «отрицание» болезни имеют разные механизмы, то, с одной стороны, реабилитационная работа в каждом случае должна строиться неодинаково, с другой – психолог, психотерапевт, социальный

работники должны обладать определенными знаниями о нейропсихологическом дефиците данной категории больных и уметь его квалифицировать.

Таким образом, нейропсихологическая методология (представление о системной динамической локализации высших психических функций, их уровне строении, метод синдромного анализа, представления о принципах и механизмах восстановительного обучения) является неотъемлемой составляющей всех этапов реабилитации пациентов с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм. Традиционно считалось, что задачей нейропсихолога является диагностика и преодоление когнитивных нарушений на начальных этапах восстановления пациента. Клиническая практика успешно доказывает, что применение нейропсихологической парадигмы эффективно и в отдаленном периоде восстановления, для решения целого круга актуальных практических междисциплинарных задач. Среди которых – оценка ежедневных трудностей инвалида, разработка программ и методов их преодоления, психологическая и информационная помощь инвалиду и его семье, эффективная реорганизация окружающей инвалида среды, определение долговременных и кратковременных целей реабилитации, оценка прогноза восстановления, поиск нового места в жизни, помощь в трудоустройстве инвалида.

Внедрение знаний о мозговых основах высших психических функций, закономерностях их повреждения и восстановления в образовательные программы неврологов, психиатров, психологов, логопедов, педагогов, эрготерапевтов, социальных работников существенно повысит понимание сути когнитивных дефектов и способов их преодоления всеми участниками реабилитационной

команды. Кроме того, это будет способствовать пониманию ими их собственного профессионального вклада и профессиональной ответственности, что, в конечном итоге, повысит эффективность работы и качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Глозман Ж.М. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования. – М. : Центр лечебной педагогики, 1999. – 160 с.
2. Григорьева В. Н., Ковязина М. С., Тхостов А. Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2006. – 256 с.
3. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. – М. : Бином, 2013. – 304 с.
4. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 3-е изд. – М. : Академический Проект, 2000. – 512 с.
5. Шкловский В.М. А.Р. Лурия и современная концепция нейрореабилитации: I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сборник докладов. Под ред Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. – М. : Российское психологическое общество, 1998. – 368 с.
6. Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Руководство для врачей / Под ред. чл.-кор. РАМН проф. В. И. Скворцовой. – М. : издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 208 с.

Dramatherapeutic Methods And Their Employment When Working With Children And Teenagers (With Behavioral Problems) And Expressive-formative Potential Of Primary Schools of Arts

*Полинек, Мартин Доминик / Martin Dominik Polínek,
Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika*

Abstract. Research and empiricism in the field of expressive therapy application have proven that the art, besides its art potential has also the potential to affect the behaviour, psychical getting through, attitudes, and others. - So it can become a very important mediator in communication with the world and the individual himself with his mental, sensorial and body handicap or social impairment.

Keywords: dramatherapy, expressive-formative potencial, ADHD

Аннотация. Исследования и практический опыт применения экспрессивной терапии показывают, что искусство, помимо его художественного потенциала, имеет способность влиять на поведение и отношения, проникать во внутреннюю психологическую реальность человека, и т.д. Искусство может стать очень важным посредником в коммуникации лиц с ограниченными возможностями (ментальной, сенсорной либо двигательной недостаточностью, а также социальной дизадаптацией) с окружающим миром.

Ключевые слова. Драматерапия, экспрессивно-формирующий потенциал, СДВГ

Dramatherapy is an expressive-psychotherapeutic method that belongs to the so-called paratheatre area. It uses dramatic devices to therapeutic

(curative, remedial) purposes. Dramatherapy is based on the principles of the classic psychotherapeutic methods. Dramatherapy was established in the 1970s in Great Britain by Sue Jennings and since then it spread throughout the world. However, its roots are much older - dramatherapy stems from the rituals and ritualized theatre in the oldest times of the mankind history.

The principles of dramatherapy are older than the human speech which significantly contributes to its universality. Among the target groups of dramatherapy are, above all: people with behavior disorders, people with mental disorders, prisoners, geriatric clients, people with a sensorial or psychic disorder.

Dramatherapy is a part of the paratheatre system - these are methods that employ theatre and dramatic methods for other than artistic purposes. The methods overlap and often differ only in their objectives. To make the matter more clear: The chart bellow lists the paratheatre systems and its methods, which are very similar and are different only in their goals - the goals are for the most part therapeutic or educative. In real life situation these goals are also overlapping:

Goals Methods	Therapeutic	Educative
The employment of dramatic methods	Dramatherapy	DIE - drama in education
Realization of dramatic form	Theatre therapy	TIE - theatre in education

Among the paratheatre systems there is also psychodrama that focuses more on individual therapeutic work which I do not intend to deal with in my article.

Now, I would like to introduce the specific problems of dramatherapeutic work when dealing with children and teenagers. Based on my practical experience and the research, I can state that:

➤ Methods and techniques of creative therapies are largely unknown to the public. More experienced are people working in education institutions and clients of special education institutions.

➤ The notion of dramatherapy is completely unknown to more than 50% people, although the professional people are getting slowly aware of its existence and concept.

➤ My research ratified the universality and flexibility of dramatherapy. I did not come across a group where the dramatherapy was not applicable.

➤ The older the clients are the higher are their needs of verbal expression and the other way round.

➤ The dramatherapy methods are also applicable in standard and special school education.

The aforementioned experience can be summed up into two statements:

1. «Dramatherapeutic methods are applicable in all sorts of social groups, spheres, and institutions; they can be used to achieve psychomotoric, cognitive, affective goals in education and other institutions. The methods are not time-and-money-consuming. For children, they represent a strong motivation stimulus and non-violent form of education that engages spontaneity, imagination and game. The

dramatherapeutic methods also represent a secondary diagnosis and self-reflective method»

2. «The dramatherapeutic methods are a natural form of communication for the majority of people, sometimes even more spontaneous than the verbal communication».

At this point, I would like to share my experience with the employment of dramatherapeutic methods when working with children with ADHD. When working with these clients it is very important:

1. To develop the relationship of confidence, to create a “safe space». This I achieve by the following:

- getting closer to the clients (addressing in an informal way by first name, free and easy ways, friendly approach),
- less strict and authoritative rules,
- tolerance of vulgarisms etc.

2. To define the basic rules and space. (To separate clearly the beginning and the end of the therapy and to define the safe space.)

3. To employ the rituals only in first sessions, do not require the rituals if they are boring for the clients.

4. Adjust the time to the group microclimate.

5. At the beginning of each session it is necessary to vent off aggressiveness and tension, but after that it is essential to make the clients concentrate.

6. To dedicate a lot of time to reflections and response. (My research carried out in 2002 showed that clients with educational disorders unlike other people have a great need of verbal reflections of their experience). Sometimes I spend with the reflections one third of the time.

7. The method of developmental changes proved effective (regular schedule, gradually less and less stimulation, at the end the clients were able to actively improvise up to 20 minutes, the therapist being passive).

As it regards the techniques, the following proved valid and useful:

- Touch techniques - very popular, but it is necessary to introduce them to clients very slowly and carefully, starting with the simple ones and only later the complicated ones - because many clients feel a touch as threatening and unnatural.
- Also the relaxation and imagination procedures need to be introduced in a regular and gradual way, especially when it concerns clients with ADHD. Later on, more complicated forms can be employed.
- Very effective are the activation techniques (the so-called warm-up activities). But it is important to choose such techniques that would not block the following concentration.
- The techniques requiring a long time concentration and inactivity are not very suitable.
- It is good to change the techniques and to introduce often new ones.

I often make use of the so-called developmental changes method which is based on spontaneous improvisation; the therapist improvises with his clients and is the inciter of the activity dynamics (the so-called teacher in role). (see the appendix)

The result of dramatherapeutic methods application as observed at children with ADHD and with behavioral disorders:

- the positive feeling about dramatherapy prevails,
- they are looking forward to the dramatherapy sessions, it is a significant motivation factor for them,

- after the therapy, the clients feel relaxed, more open and active,
- dramatherapy is for them an opportunity to vent off and release from negative feelings and to «put off the masks»,
- dramatherapy is an effective and valuable stereotype breaker because it does not reflect the all time discussed problems and issues.

Appendix:

Some of the techniques and methods that can be applied

➤ **Steps** (Clients walk in the classroom as if different characters, as if with different foot-wall, in different weather) The purpose: the activation of imagination, experience

➤ **Shaking hands** (Clients walk in the classroom and shake their hands representing different relationships - friendship, love, hostility etc.) The purpose: experience

➤ **Emotions in corners** (Each of the corners represents a certain emotion - fear, sadness, happiness, aggression. Clients walk from corner to corner, changing one emotion to another) The purpose: experience

➤ **Controlled aggressiveness** (Practicing a duel on a certain number of times, clients repeat it.) The purpose: vent off the aggressiveness

➤ **Developmental changes** (A method based on active improvisation) The purpose: experience, imagination activation, catharsis, “putting off the masks»

➤ **Mirrors** (One person from the pair is a picture in the mirror of the other.) The purpose: building respect

➤ **Bears** (One person from the pair lies on his belly, he represents a polar bear, the other by touching him brings up an illusion of certain weather type - sun, rain, wind etc.);

➤ *Count the palms* (One person lies on his belly, others touch him softly by their palms, he counts the number of touches),

➤ *Bon chiki bon* (Rhythmical exercise. Clapping hands and repeating: “Bon chiki bon. Bon chiki, raka chiki, raka chiki, bon.» The therapist claps as a guide and according to his example the class rises or reduces the voice intensity and rhythm).

Expressive-formative Potential of Primary Schools of Arts

Already the name itself appears as a paradox at the first sight: In case we speak about the expressive-formative potential we mean the potential of expressive-formative therapy. The psycho-therapeutic intervention doesn't match to the school milieu, though. If we understand the therapies in special pedagogy in wider extent (compare Müller, 2005; Růžička in Valenta, 2009 etc.) also the preventative-bringing up (being the secondary one) effect of the approach can be included here rising out of the expressive therapies, which can be applied in a certain extent within the educational-bringing up process at primary schools of arts.

In other words: **Research and empiricism in the field of expressive therapy application have proven that the art, besides its art potential has also the potential to affect the behaviour, psychological getting through, attitudes, and others.** - So it can become a very important mediator in communication with the world and the individual himself with his mental, sensorial and body handicap or social impairment.

We can state that the art activity of individuals with specific education needs brings a certain secondary therapeutic-formative (or integration) effect. For example the experience within the phenomenon Outsider Art where the art is being produced by artists with handicap are proving that

these artists improve their quality of life in various fields by the help of their art works. This statement is proven also by the research of theatre-therapy, where the so called Paradox of the theatre-therapeutic aiming was described (Polínek, Valenta, Müller 2010, p. 103): The art aiming of the theatre-therapy fulfils and strengthens its therapeutic-formative aims». The theatre-therapists and actors (clients) take their activity as a specific kind of art and simultaneously describe their other added value than the artistic one - self-confidence increase, extension and improvement of social contacts, communication, etc.

Within the education of individuals with specific needs at primary schools of arts we don't endeavour after psychic-therapeutic acting but it is obvious that the art creation has an impact for the quality of their lives undoubtedly. In the framework of the mentioned research of theatre-therapy it was proven that the higher quality of approach to the artistic goals also the quality of therapeutic-formative effects was reached secondarily. At primary schools of arts professional pedagogues work who are often not just very good artists but also excellent method specialists and educators.

It is not enough to be ascertained that the inclusive basic art education makes sense but it is also necessary to outline the steps leading for elimination of this sad situation at present. **Such measures** should be provided **in order to increase the percentage ratio of education of pupils with specific education needs at primary schools of arts** in order the pupils with different kinds of handicap and impairment have equal opportunities for education.

For the above mentioned **creation of a complex frame methodology of inclusive education of pupils with specific education needs at**

primary schools of arts can help. This methodology must be created on the basis of evaluation of **the education module for pedagogues of primary schools of arts which should provide them with basic knowledge from the branch of specific pedagogy** and which would be aimed in utility of proceedings of expressive approach in education and bringing up (that means mainly the knowledge from theatre-therapy, music-therapy, dance-therapy and art-therapy). The pedagogues trained this way should become a basic unit in the **system of supervisions and mentoring of integration at primary schools of arts**, the frame structure of which would be also an integral part of the advised methodology.

Further it is necessary to **prove the module of the whole-year education of pupils with specific needs at the primary schools of arts** in a pilot project and the experience gathered this way should be worked in into the above mentioned methodology. Purposeful and efficient **cooperation with special schools and consultancy institutions** in the given field should be tied up. And mainly meaningful, targeted and methodically maintained **cooperation with parents** (resp. legal representatives) of pupils with specific education needs should be tied up.

Literature

Hickson, A. (2000). *Dramatické a akční hry*. Praha: Portál.

Martinec, V. (2003). *Herecké techniky a zdroje herecké tvorby*. Praha: IPOS.

Müller, O. (2005) *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci.

Müller, O., Valenta, M. (2003). *Psychopedie*. Praha: Party.

Polínek, M.D. (2012). *Inclusive basic art education and its expressive-formative potential for the pupils' development with special*

educational needs In Journal of Exceptional People, Volume 1, Number 2, s. 57-67. ISSN 1805-4978.

Polínek, M.D., Müller, O., Valenta, M. (2010). *Dramaterapie v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Polínek, M.D., Růžička, M. (2013) *Úvod do studia dramaterapie, teatroterapie, zážitkové pedagogiky a dramiky*. Olomouc: P-Centrum.

Potměšil, M. (2012). *Sborník textů z XII. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a VII. mezinárodní dramaterapeutické konference*. Olomouc, Univerzita Palackého.

Šimanovský, Z. (2002). *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. Praha: Portál.

Valenta, M. (2001). *Dramaterapie*. Praha: Portál.

Valenta, M. (2006). *Rukověď k metodice kurzu ESF*. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci.

Valenta, M. (2009). *Rukověď dramaterapie II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Way, B. (1996). *Rozvoj osobnosti dramatickou improvizací*. Praha: ISV.

Валента, М., Полинек, М.Д. (2013) *Драматерапия*. Москва: Когито-Центр.

**Развитие индивидуальной выразительности актера с
ограниченными возможностями здоровья в групповом
театральном тренинге: синтез эстетических и реабилитационных
задач¹**

¹ Работа выполнена при поддержке РГНФ – проект № 12-03-00499 «Становление субъектности и рефлексивности человека в практиках культуры».

**Попова Н.Т., **Попова Е.А.,
*ГБОУ ВПО МГППУ, ГБОУ ЦДТ «Строгино», Москва
**ФГБОУ ВПО РАТИ-ГИТИС, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва*

Аннотация. В статье дается описание театрального тренинга, направленного на развитие индивидуальных средств пластической выразительности разработанного для интегрированного театрального коллектива, включающего актеров с ограниченными возможностями здоровья. Оценивается реабилитационный потенциал данного тренинга. Предлагается переосмысление целей театрального тренинга, его результатов, критериев оценки театральной деятельности в интегрированной театральной студии. Делается попытка междисциплинарного анализа театрального тренинга в рамках культурологического (культурно динамического) подхода.

Ключевые слова. Культурологический подход в реабилитации, театральная деятельность, люди с ограниченными возможностями здоровья, актер с ограниченными возможностями здоровья, выразительное движение, телесная выразительность, эстетические и реабилитационные задачи, особые культурные потребности

Abstract. In the article authors describe a new training directed to development of individual plastic movement expressivity. The training is designed for integrative theatre studio with participation of people with disabilities as actors. The training developmental and rehabilitation potential is discussed. The authors propose a new approach to assessment of theatre training purposes, and to evaluating theatre activity and performance of actors with and without disability in integrative theatre collective. The theatre training is analysed in the framework of multidisciplinary cultural dynamic approach.

Keywords. Cultural dynamic approach to development and rehabilitation of people with disability, theatre activity, actor with disability, expressive movement, body expressivity, aesthetic and rehabilitation tasks, special cultural needs.

Введение

В данной статье предлагается по-новому взглянуть на содержание деятельности интегрированной театральной студии с участием актеров с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и на критерии оценки развития её участников на примере использования одного из тренингов.

Тренинг разработан для участников интегрированной театральной студии «Круг» с включением актеров с ОВЗ (с ментальными нарушениями, генетическими, соматическими заболеваниями) и используется более трех лет.

В качестве исходного ориентира при постановке задач тренинга при его разработке для нас служило присущее людям с ментальными нарушениями своеобразие выражения чувств (а не их ментальная недостаточность); В современной культуре отсутствуют признаваемые формы выражения чувств для людей с ментальными нарушениями, и это порождает у них проблемы эмоциональной и телесной выразительности. Особенно это проявляется в дефиците коллективных способов выражения чувств, отвечающих культурным потребностям людей с выраженными ментальными нарушениями, поскольку они, не вычлняя себя из коллектива, нуждаются в коллективном переживании и осознании чувств, а также в коллективных формах контроля над ними. Педагогические и психологические школы пытаются помочь им освоить социальные

правила и нормы современной культуры, чаще через запреты, ограничения, что не всегда учитывает их реальные возможности и не способствуют их культурному развитию. Поэтому люди с интеллектуальной недостаточностью вынуждены либо находиться в безвоздушном пространстве акультурности, либо должны научиться сами «творить культуру», чему и способствует театральная деятельность. Поэтому при разработке тренинга было также необходимо принять во внимание отсутствие в современной культуре выразительных форм, учитывающих и поддерживающих эту выразительность.

Но дефициты культурно признанных и одобряемых коллективных форм выражения чувств значимо сказываются и на развитии эмоциональной и телесной выразительности актеров без ментальных нарушений. Поэтому предлагаемая данным тренингом работа в группе над развитием эмоционального выразительного движения является актуальной задачей для всех участников интегрированной театральной студии.

Его концептуальной основой является культурологический (культурно-динамический) подход к социально-творческой реабилитации лиц с ОВЗ [7]. Цель тренинга способствовать формированию средств индивидуальной выразительности актеров. Он неоднократно был опробован на мастер-классах для специалистов: психологов, режиссеров и актеров особых театров. Тренинг вошел в систему подготовки волонтеров для программы АНО «Больничный Клоун», а также используется в работе других интегрированных театральных студий, в том числе и в г. Люблин (Польша).

Тренинг позволяет одновременно решать театрально-эстетические (композиционные), реабилитационные (коррекционно-

развивающие) и социальные задачи. Одновременность их решения – существо этого тренинга. Постановка и совмещение эстетических и реабилитационных задач возможно на всех этапах работы в тренинге.

Описание тренинга

Для тренинга «Лавочка» необходимо пять рядом стоящих стульев (условно назовем их «лавочкой») и ритмичная, но не очень быстрая музыка. Участники тренинга поочередно и ритмично совершают движения и замирают в определенных позах на несколько секунд, образуя «живую картину», общая конечная композиция фиксируется в паузе. После чего все участники тренинга вместе возвращаются на свои места. Такие действия неоднократно повторяются до окончания музыки. За время исполнения одного музыкального фрагмента создается не менее пяти «живых картин». У каждого из участников тренинга есть не менее пяти попыток спонтанного реагирования.

В процессе работы ставилась задача проследить несколько параллельных процессов: формирование выразительного движения по эстетическим канонам, выявить этапность освоения пластической выразительности как интегрального показателя развития личности. А также наметить пути анализа выразительного движения с точки зрения его социальной функции: охарактеризовать социальные функции позы и жеста возникающие в процессе его индивидуализации.

В данном тренинге создается пространство театральной коммуникации и одновременно происходит освоение социальных ролей. Мы предположили, что, во-первых, поза, жест – это показатели социального статуса, дающие возможность представить самого себя и обозначить свое место в группе. А во-вторых, группа формирует

телесно-аффективный код, общий язык невербальной коммуникации, а выразительные движения рождаются внутри этого процесса и становятся показателем развития личности, демонстрируя, как человек овладевает своей аффективностью и рефлексивностью.

Первоначально тренинг был направлен на формирование навыков взаимодействия в группе, развитие способностей к импровизации и естественных форм выразительности, а также освоение способности к созданию целостной композиции. Поэтому с точки зрения театрально-исполнительских навыков тренинг имеет следующие задачи:

- развитие средств индивидуальной (пластической) выразительности актера,
- развитие чувства партнера,
- освоение сценического пространства,
- формирование навыков создания целостной эстетической композиции.

Со временем стало очевидно, что он имеет и реабилитационное значение. Даже на первом этапе актеры с ментальными нарушениями смогли включаться в формирование единого коммуникативного пространства и развивать следующие способности:

- к соблюдению очередности и ритмичности телесного высказывания;
- к варьированию движения и позы (при этом развивается спонтанность, осуществляется работа со стереотипом).

Выявление в тренинге пространственной матрицы эстетических и социальных отношений

Для культурно-динамического подхода к социокультурной творческой деятельности, важен анализ формирования и использования символических ресурсов культуры [10]. Этот анализ помогает понять процесс творческой деятельности в его культурных и социальных функциях.

Тренинг открывает возможность практически исследовать и осваивать коммуникативное и сценическое пространства, позволяя одновременно и формировать, и выявлять пространственную матрицу эстетических (композиционных) и социальных отношений. Это обусловлено тем, что пространство осознается (в эстетическом или социальном плане), когда в нем появляются маркеры, которыми в данном тренинге служат по-разному значимые места «лавочки», обладающие разными функциями.

В тренинге задается пространственная матрица, имеющая устойчивые ячейки: пять выстроенных в линию мест «лавочки», обладающих четко ограниченными эстетическими и социальными функциями. Тренинг обнаружил, что места «лавочки» закономерным образом разделились на активные и менее активные, как бы следуя закону пифагорейцев о значении четных и нечетных чисел (ср. [6]).

Такое разделение мест интересно как с точки зрения психологии, так как месту приписывается определенная активность/пассивность, так и с точки зрения социологии и культурологии, поскольку эти места выступают в качестве индикаторов социальных статусов-позиций для занимающих их участников по отношению к другим участникам. Но формируемая местами «лавочки» пространственная матрица имеет также и эстетический смысл, поскольку она на основании анализа динамической и статической функции каждого

места позволяет говорить о вершине композиции, о ее динамических акцентах.

Первое место является очевидно важным: оно принадлежит лидеру (лидер действия), тому, кто предлагает движущиеся идеи, задает импульс общего движения, стимулирует движения второго участника. Все участники, следуя импульсу его движения, развивают и трансформируют его, последовательно замирая каждый в своей позе. Таким образом создается единая пластическая композиция, которая и фиксируется в паузах между движениями.

С точки зрения эстетических представлений, первое место – это динамическое начало композиции, идея этой композиции. Функция второго места – пассивное дополнение, продление основной идеи и поддержка первой позиции. Опыт наблюдения показывает, что движение первого участника «заряжает» всех исполнителей, включает способность к подражанию (мимезису). Иногда происходит буквально повторение движения. И вне зависимости от того, какая часть тела задействуется лидером в движении и позе – руки, корпус, ноги, группа использует его движение как модуль, который становится элементом общей композиции.

Участник, находящийся на втором месте, как правило, является «ведомым», пассивным. На этом месте наиболее сильно, остро переживается импульс движения, задаваемого первым участником (далее этот импульс затухает). Даже если «первый» лишь встанет, поднимет руку, то, поскольку эти движения происходят в ближнем пространстве участника и оказываются неожиданными, они активно стимулируют реакцию второго участника: его движение часто исполняется в «режиме следования». Чаще всегда движения второго участника дополняют, поддерживают первую позицию. Значение

движения и позы участника, сидящего на втором месте, наименее активно влияет на общее действие; участник может быть пассивным. Это место хорошо для включения в тренинг.

Третье место определяет главный «акцент композиции»: это еще одна точка активности, в которой выявляется своего рода «вершина композиции». С точки зрения психологии, это осмысление и интерпретация, понимание того, что было «сказано в начале». Третий участник также лидер, но он – рефлексивный лидер. Поэтому на третье место желательно сажать человека, который чувствует целое и готов отвечать за будущую композицию. Как правило, произвольно это место и выбирает рефлексивный лидер группы. На этом месте у участника существует задача трансформации позы «первого» и «второго».

Четвертое место – это вновь место «реагирования», как и все четные места.

Пятое место – аналогично третьему месту, но оно задает заключительный акцент композиции. Композиция уже создана четырьмя участниками, и пятый, как правило, уже высказывает свое отношение к этой композиции. Участник пятого места очень часто выполняет функции «стороннего наблюдателя», отходя в сторону и обзревая всю картину. Однако у него появляется задача не выпасть из целого, удержать напряжение композиции, и самому найти новый импульс в ее создании.

В ходе тренинга актеры свободно выбирают места и могут обмениваться ими, даже в процессе одного музыкального произведения. В процессе этого обмена по мере освоения тренинга участники приходят к пониманию, что внутри каждой ячейки-места за счет его определенных, очень строго ограниченных функций есть своя

степень свободы и возможность экспериментировать, варьировать свои собственные «позы-высказывания». Причем именно ограниченность функций помогает находить разнообразные варианты телесного высказывания. Ограничения помогают совершать интенсивную работу, помогают сосредоточиться на отношении к своим действиям. Какие-то места в этом тренинге актеры предпочитают, каких-то готовы добиваться, вступая в соперничество. Например, место лидера по-своему привлекательно, но не все уверены в своих силах, как правило, за него соперничают только опытные участники, а если на него попадает менее опытный участник, имеющий небогатый репертуар телесной выразительности, то такой участник очень быстро ретируется с этого места, оставляя попытку до следующего раза.

Переходя к следующей теме статьи, следует сказать, что можно говорить не только о функции места, но даже и о функции одной конкретной позы, если в ней участником отрабатываются стереотипы. При этом участники тренинга могут исследовать одну и ту же тему (например, позу саморепрезентации «я-кошка», а каждое место по-разному интерпретирует этот образ) на протяжении года, наполняя её разными смыслами. До тех пор пока этот стереотип перестанет доминировать и войдет в репертуар выразительных движений участника как один из возможных вариантов.

Необходимо учитывать, что с точки зрения культурологического подхода стереотипы должны рассматриваться как продуктивные этапы формирования своей идентичности. Стабильность статусов, поз и жестов характерна для идентичности традиционного общества, а современному обществу, по словам С. Холла, присуща смещенная, фрагментированная идентичность [9]. Наблюдая за особенностями

поведения актеров с ментальными нарушениями, мы можем констатировать, что им ближе стабильность традиционных обществ, поэтому повторяемость поз продуктивнее рассматривать не как стереотипность, а как особые культурные потребности. Тренинг позволяет обнаружить собственную идентичность, принять её, и при появлении психологических возможностей, в ситуации поддержки группы, открыть в себе ресурсы к образам современной идентичности.

Позы саморепрезентации, отработка стереотипа и социальные статусы, позы социальных связей

Данный тренинг дает возможность проследить связь между образностью, бытующей в современной актеру культуре, и возможностями телесной выразительности актера.

Опыт наблюдения показывает, что первые два этапа освоения средств пластической выразительности являются типическими и все актеры с ОВЗ их демонстрируют, что позволяет считать их базовыми. Статья написана по материалам фото- и видеосъемки, фиксировавшей занятия в тренинге в течение трех лет.

В процессе наблюдения выявилась следующая этапность освоения пластической выразительности. Сначала человек представляет позы саморепрезентации. Удивительно, что даже актер с глубокими ментальными нарушениями всегда уже имеет презентационную модель, которая при этом чаще всего принадлежит не его личному опыту, а отражает представления окружающего его социума, тех людей, с которыми он живет. Несмотря на то, что эта модель не понятна такому участнику студии, он её предъявляет в процессе тренинга. Затем появляются социальные позы, которые мы обозначаем как «позы связи»; эти позы характеризуются цепочками из

рук и тел, опорами друг на друга. И только на следующем этапе актер начинает варьировать позы и жесты индивидуально. Но пространство переживается практически сразу: почти все участники уже на первом этапе тренинга используют позиции вверху, внизу, справа, слева от стульев, и даже пространство под стульями и за стульями.

Обращаясь к истории театра, можно найти важные аналогии опыта, предложенного в данном пластическом тренинге. Эта аналогии позволяют проследить долгий процесс развития системы пластической выразительности актера внутри конкретных исторических форм театральной культуры. Ее поддерживала и развивала этапность освоения сценического пространства, театр маски, схематические роли (как в комедии дель`арте), и в дальнейшем индивидуальное пластическое решение роли в психологическом театре.

В данном тренинге спонтанное движение и культурный жест развиваются не сами по себе, а внутри пространственной и социальной матрицы. Движение возможно вперед-назад, вверх-вниз (под стул, на стул) от стула вправо и влево. Эти ограничения, задаваемые пространственной матрицей, особенно очевидны для первого и последнего места. Движение также возможно только в строго определенной последовательности (от первого к пятому), и в соответствии со своего рода социальной иерархией: лидер (первое место), первый ведомый (второе место), центральной (третье место), второй ведомый (четвертое место), завершающий (пятое место). Анализ, проведенный в предыдущем разделе статьи, позволяет трактовать эти места как статусы, ранги, функции, которые ограничивают возможности каждого участника, но и дают направление его поисковой активности. Актеры выбирают места,

иногда за них борются, меняют их, чувствуя, что ограничения данного места не подходят им, или, отработывая функцию каждого из мест, садятся только на определенные места в течение долгого времени, понимая, что у каждого места есть свои степени свободы и свои ограничения.

Многочисленные исследования (Гирц К., Байбурин А.К., Лангер С., Богатырев П.Г. [1,3,4,5]) указывают на социальную природу символа. Рожденный в социуме символ способствует осознанию и контролю над своим движением. Индивидуальное выразительное движение обусловлено именно формированием этого контроля. Группа участников тренинга создает телесно-экспрессивный код, рождая символы внутри социального действия. Например, часть поз самопрезентацией отторгается группой, и позы социальной связи не распространяются на них. У участников, демонстрирующих такие отторгаемые позы, есть возможность трансформировать их и вписать в коллективные композиционные решения группы или отказаться от них.

Анализ результатов тренинга показал, что в освоении пластической выразительности актера с ОВЗ имеются определенные этапы развития. Индивидуальная выразительность актера возможна при последовательном освоении и переработке поз самопрезентации и поз социальной связи, которые задают устойчивую композиционную и одновременно социальную матрицу. Именно при условии ее усвоения в дальнейшем происходит развитие индивидуальной выразительности.

Позы самопрезентации, отражающие стереотипы культуры, являются начальными не только для участников тренинга с ментальными нарушениями. Участник тренинга без ментальных

нарушений включается по той же схеме: сначала он использует позы самопрезентации, потом – позы социальной связи и лишь затем наступает этап индивидуального варьирования поз и жестов.

Обычный человек или актер имеет полноту социальной жизни. Актеры с ОВЗ имеют ограниченную практику социальных отношений.

Для актеров с ментальными нарушениями освоение первичных законов социального взаимодействия является затруднительным, и участие в тренинге помогает им развивать соответствующие способности, в частности:

- соблюдение очередности, когда, к примеру, все вынуждены ждать, когда начнет движение первый участник-лидер, что развивает способность к переключению внимания и саморегуляции;

- фиксация позы требует достаточного развития руброспинального уровня регуляции ЦНС [2], выступая показателем его зрелости; если пластическое «высказывание» не будет определенным, четким, то группа не сможет его понять и создать завершенную композицию; это адресуется актеру, если он не в состоянии удержать позу, задачу развития данной способности. (Но в случае если участник не справляется с этой задачей, группа предлагает решение этой задачи, фиксирует или поддерживает его. Участник также и сам ищет способы решения этой задачи, понимая, например, что, если стоя сложнее соблюсти условия неподвижной фиксации, то лучше лечь или сесть. Или он вступает в телесную коммуникацию с другими участниками, используя опору на них);

- удержание общей паузы требует от участников развития способности видения целого;

– одновременное возвращение всей группы участников в исходное положение позволяет развивать групповую солидарность;

– варьирование поз (в случае стереотипных поз одного из участников тренинга группа начинает реагировать на это и сама предлагает варианты развития движенческого стереотипа участника).

Очевидно, что коррекция нарушений происходит в эмоционально окрашенной обстановке группового взаимодействия. Выразительное движение, которое вырабатывается в коммуницирующей группе в силу своей символической природы, оказывается мощным регулятором индивидуальных форм поведения

Социальные статусы современных людей без нарушений ментального здоровья имеют только косвенное отношение к актерам с подобными нарушениями. Будучи взрослым, по сути дела такой актер находится в статусе ребенка, за ним ухаживают, его обслуживают, как правило, к нему не обращают никаких социальных ожиданий. Но если нет социальных ожиданий, то нет и стимула к социальному развитию. У людей с ментальными нарушениями нет возможности проявить свою эмоциональность, поэкспериментировать со своим социальным статусом, попробовать на него повлиять; у него ограничен круг социального общения. Вследствие этого у него просто не может появиться таких вопросов, как «А что будет, если я буду лидером?», «А что будет, если я буду человеком только следующим за лидером?», «А что, если я вообще не буду иметь отношение к социальной группе?»

В качестве примера того, как меняется данная ситуация при участии такого человека в предлагаемом тренинге, можно рассмотреть рождение индивидуальных средств выразительности в случае актера с Даун-синдромом. Этот пример показателен, так как первоначальный

этап освоения выразительного движения продолжался более года. Позы самопрезентации у актрисы N были крайне стереотипны, искусственны, не органичны ее природе. Она пыталась изобразить красавиц, актрис на подиуме, все это выглядело крайне комично. Этот стереотип выражал ценностные установки современной культуры, но не учитывал ее индивидуальной телесной выразительности. По мере участия в тренинге она уже сама стала понимать, что не включается в создание общей композиции, и что ее позы стереотипны, что она застревает на демонстрации одних и тех же поз самопрезентации, но самостоятельно она так и не смогла их изменить. Только после того, как она стала осваивать позы социальной связи (опираться на других участников тренинга, брать их за руки), у нее снялась боязнь экспериментировать с позами саморепрезентации появилась возможность варьировать их. По мере вставания и застывания в позах принцесс она почувствовала, что ее телесности присуща определенная «выворотность», характерная многим людям с Даун-синдромом. Так начала рождаться собственная система образов: эти позы стали напоминать птиц, которые куда-то стремятся, летят. Система ее личной образности, возникшая на особенностях ее телесной организации, проникла и изменила позу саморепрезентации. Она еще не преодолела чуждый культурный образец, но уже насытила его знаками своей телесности и своими эмоциональными переживаниями.

Заключение

Культурологический (культурно-динамический) подход позволяет обогатить как практику театральной деятельности в интегрированных студиях, так и практику реабилитации, создает общий контекст в работе специалистов из различных областей знаний,

позволяет объединить их усилия в деятельности интегрированной театральной студии, (например психологов и режиссеров), позволяет четко и емко определить цели реабилитации, включает особого актера в активное освоение своей исполнительской выразительности, а именно пластической выразительности, в случае прохождения реабилитации делает его активным участником реабилитационного процесса.

В интегрированной театральной студии «Круг» постоянно ведется поиск таких форм работы, в которых все участники в равной степени могли бы включаться в репетиционную работу, и это участие было бы для всех развивающим.

Большинство тренингов, реализуемых в театральной студии «Круг», способствует развитию процессов интеграции, формирует общие культурные потребности у участников инклюзивного процесса и объединяет их в социокультурную общность.

Чтобы такая общность могла возникнуть, необходимо создать условия для вызревания общих культурных ценностей, формирования общей картины мира, освоения/возникновения языка общения, развития разнообразных форм рефлексии. Театральная деятельность, в этом случае иерархизирует социокультурную среду, способствует ее структурированию, позволяет осуществлять ее дальнейшую корректировку и моделирование [8].

Список литературы

1. Байбурин А.К. Ритуал в традиционной культуре // Структурно-семантический анализ восточнославянских обрядов. – СПб. : Наука, 1993.

2. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. – М. : Наука, 1990.
3. Богатырев П. Г. Знаки в театральном искусстве // Ученые записки ТГУ. Труды по знаковым системам. Т. VII. – Тарту, 1975. – Вып. 365. – С. 6-25.
4. Гирц К. Интерпретация культур / Пер. с англ. – М. : «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2004. – 560 с.
5. Лангер С. Философия в новом ключе: Исследование символики разума, ритуала и искусства: Пер. с англ. С.П. Евтушенко /Общ. ред. и послесл. В.П. Шестакова. Мыслители XX века – М. : Республика, 2000. – 287 с.
6. Лефевр В. А. Рефлексия. – М. : Когито-Центр, 2003. – 496 с.
7. Попова Н.Т. Культурологические аспекты развивающей педагогики // Постижение культуры. Сборник. Ежегодник. Выпуск 11. – М. : М-во культуры РФ. Рос. ин-т культурологии, 2001. – С.96-107.
8. Попова Н.Т. Роль театральной деятельности в формировании инклюзивной социокультурной среды //Инклюзивное образование: методология, практика, технология: Материалы международной научно-практической конференции (20-22 июня 2011, Москва) / Моск. гор. психол.-пед. ун-т; Редкол.: С.В.Алехина и др. – М. : МГППУ, 2011. – С.53-55.
9. Холл С. Вопрос культурной идентичности // Художественный журнал № 77/78. [Электронный ресурс] URL: <http://xz.gif.ru/numbers/77-78/hall/> (дата обращения – 10.11.2013)
10. Glavenue V.P. Paradigms in the study of creativity: Introducing the perspective of cultural psychology // New Ideas in Psychology. – 2010. – V. 28. – P. 79-93.

**Применение методов когнитивно-поведенческой
психотерапии в психологической реабилитации клиентов с
нарушениями опорно-двигательного аппарата (из опыта работы
Государственного бюджетного учреждения Самарской области
«Социально-оздоровительный центр «Преодоление»)**

Порохина Ж.В., Ульянова Ю.В.

ГБУ СО СОЦ «Преодоление», Самарская обл., г. Тольятти

Аннотация. Статья раскрывает возможности психологической работы с применением методов когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) с клиентами реабилитационного центра, имеющими заболевания опорно-двигательного аппарата. Определены наиболее часто встречающиеся иррациональные установки, предложен поэтапный алгоритм психокоррекционного воздействия, описаны эффективные психологические приемы, проиллюстрирована практическая значимость метода.

Ключевые слова. Психологическая реабилитация, когнитивно-поведенческая психотерапия, лица с ограниченными возможностями здоровья, иррациональные установки, психокоррекционное воздействие, качество жизни, здоровьесберегающие технологии.

Abstract. This article describes possibilities of psychological work with use of Cognitive-Behavioural Psychotherapy with the clients of the rehabilitation center having diseases of the musculoskeletal system. Most frequent irrational attitudes are defined, the phased algorithm of psychocorrective influence is offered, effective psychological techniques are described, the practical importance of a method is illustrated.

Keywords. Psychological rehabilitation, disabled person, Cognitive-Behavioural Psychotherapy, irrational attitudes, psychocorrective influence, quality of life, health promotion

Государственное бюджетное учреждение Самарской области Социально-оздоровительный центр «Преодоление» в течение 10 лет оказывает услуги комплексной реабилитации лицам с ограниченными возможностями здоровья, имеющим заболевания опорно-двигательного аппарата. Согласно стандартам оказания реабилитационных услуг в спектр социально-психологических услуг входят: психодиагностика, которая определяет содержательную сторону и направленность психологической реабилитации, психологическое консультирование по личным вопросам клиента и психокоррекцию, групповые занятия (тренинги), а также психокоррекционные занятия в сенсорной комнате. Успешность реабилитационных мероприятий во многом зависит от психологического сопровождения на всех этапах реализации реабилитационной программы.

Решению реабилитационных задач во многих случаях мешает неспособность самого же клиента к выздоровлению (неосознаваемая или частично осознаваемая), истоки которой находятся в системе ментальных убеждений личности. Иррациональная природа последних требует от психолога ясного видения корня проблемы и реалистичных путей ее разрешения. На взгляд авторов целесообразно в работе с клиентами, имеющими ментальные нарушения применение методов когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП).

Когнитивно-поведенческую психотерапию можно смело назвать одним из ведущих методов терапии соматических расстройств.

Актуальность применения КПП обуславливается ее терапевтическим эффектом, основанным на «использовании приемов, позволяющих оценить *неадекватные* аспекты мышления, представлений, правила, которыми личность реагирует на внешние события» (например, болезнь, инвалидность), изменить представления личности о себе, скорректировать дезадаптивные формы поведения и иррациональные установки (ИУ), развить компетентность в социальном функционировании. Установление индивидуальных вариантов и сочетаний подобных неадекватных аспектов мышления или ИУ в процессе психотерапевтической работы позволяет выявить и описать достаточно типичные и устойчивые когнитивные комплексы, так называемые базовые дисфункциональные убеждения (БДУ), включающие в себя верования, ожидания, запросы, систему ценностей личности. Понимание подобных базовых дисфункциональных убеждений клиента позволяет скорректировать механизмы, затрудняющие в свою очередь процесс реабилитации и выздоровления в целом. В процессе психологической реабилитации ИУ разного порядка являются мишенями психотерапевтического воздействия.

В изучении ИУ принято руководствоваться классификацией Алберта Эллиса, выделившего четыре группы: ***катастрофические установки; установки обязательного долженствования; установки обязательной реализации своих потребностей; глобальные оценочные установки.***

Диагностируются ИУ в процессе психокоррекции и путем использования специализированного опросника по выявлению иррациональных установок личности.

Исходя из практического опыта работы с клиентами, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, можно выделить наиболее встречающиеся ИУ, снижающие не только мотивацию к реабилитационным мероприятиям, но и затрудняющие процесс совладения с болезнью и адаптации к ней:

1. Катастрофические установки. Сутью этой иррациональной установки является значительное преувеличение и придание событиям негативности. Установку на катастрофу можно услышать, например, в таких высказываниях, как: «Остаться одному с болезнью ужасно», «Потерять хорошо оплачиваемую работу невыносимо». Клиент часто употребляет такие слова, как катастрофа, кошмар, ужас, конец света. Под влиянием установки катастрофизации, клиент оценивает изменившиеся условия жизни как чудовищные и невыносимые, вселенских масштабов.

2. Установки обязательного долженствования. Характерные слова в речи клиента: должен, должны, не должен, не должны, обязательно, во что бы то ни стало... В основе этой иррациональной установки лежит идея долга в самом широком смысле слова «долг». Однако само слово «должен» является в большинстве случаев логической (смысловой) ловушкой, поскольку долженствование означает всякое отсутствие альтернатив. Установку долженствования, применительно к отношениям «я – люди» можно рассмотреть с нескольких точек зрения:

а) «Я должен другим». Когда субъект убежден, что должен что-либо кому-либо, тем самым рискует испытать на себе жесткое воздействие стресса в те моменты, когда выполнение этого «должен» становится крайне затруднительным. Таким образом, субъект оказывается в капкане собственных убеждений: отдать долг нет

возможности из-за сложившихся обстоятельств, а отказаться от самой мысли о долге так же нельзя в силу устоявшихся в психике иррациональных убеждений. Такое столкновение внутренних противоречий приводит, в результате, человека к стрессу и другим негативным эмоциональным переживаниям, фрустрации удовлетворения своих потребностей, усилению симптоматики и т.д.

б) «Вы все мне должны». Эти установки содержат в себе набор правил того, как должны вести себя люди, что они должны делать и говорить в присутствии субъекта. Крайне деструктивная и нереалистичная когниция. Как следствие, постоянная фрустрация потребностей.

в) «Этот мир должен мне». Эта установка связана с требованиями, предъявляемыми к окружающему миру, природе, погоде, ветру, правительству, стране, высшим силам и т.д. А.Элисс считал, что установка долженствования является одной из основных причин множества душевных и телесных недугов людей. Психокоррекционная работа с подобного рода ИУ состоит в том, чтобы изменить отношение личности к окружающим событиям и собственным поступкам с «должен» на «хотелось бы». Говоря иначе, выбрать пожелание, предпочтение вместо абсолютного требования. При этом не отказываться от попыток изменить то, что по субъективным представлениям необходимо изменить в данной ситуации. В процессе терапевтических сессий тренируется навык осознания собственных когниций и замены речевых конструкций – с «должен» или «должны» на «мне бы хотелось» или «хочу».

3. Глобальные оценочные установки. Речь клиента пронизана социальными клише, характерные слова: плохой/хороший, никчемный, глупый/умный, больной/здоровый и т.п. Субъект

оценивает других людей в целом, а не отдельные черты их личности или качества, что препятствует выстраиванию гармоничных межличностных отношений. Часто такие суждения характерны для выраженных алекситимических клиентов. Глобальные оценочные установки также имеют свою градацию:

а) установка негативной оценки будущего. Сутью этой установки является внутренняя убежденность в том, что ожидаемые события произойдут по самому наихудшему из сценариев. И при этом не важно, каковы исходные предпосылки ожидаемого.

б) установка свехобобщения. Установка свехобобщения является, по сути, программой, вынуждающей делать общие выводы на основании нескольких несвязанных друг с другом событий. В результате делается неоправданный вывод на основе неполной, избирательной информации. Такие свехобобщения можно услышать, например во фразах: «Если не получилось сразу, не получится никогда». Характерные слова клиента: все, никто, ничто, всюду, никогда, нигде.

в) установка максимализма. Эту установку характеризуют завышенные стандарты и требования к поведению окружающих, возводимые в стандарт догм. Такая установка звучит, например, в выражениях: «Все или ничего», «Если в коляске – то не жизнь». Характерные слова: «по максимуму», «только на отлично», «на все сто».

4. Установка обязательной реализации своих потребностей. В основе этой установки лежит иррациональное убеждение, что для того, чтобы быть счастливым, человек должен обладать определенными качествами, возможностями. Например, «Я должен

работать, несмотря ни на что», «я не могу жить без мужчины, иначе я несчастна».

В рамках реабилитационного процесса психокоррекционное воздействие, проводимое в индивидуальной форме, включает в себя 3 этапа:

- мотивационный этап (от одной до 2-3 сессий)
- этап обучения (от 1,5 до 3-х недель)
- этап поддержки (от 2 до 4-х недель).

Алгоритм проведения психотерапевтического сеанса

1) *Мотивационный этап.* Выясняются мотивы обращения клиента за психологической помощью, собирается субъективный и объективный анамнез, изучается внутренняя картина заболевания. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь клиенту изменить неадаптивное поведение, психолог должен знать, как проходило психосоциальное развитие клиента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высокоиндивидуализирован для каждого клиента. Так, у клиента с личностными нарушениями обнаруживаются не только недоразвитые поведенческие стратегии, но и на когнитивном уровне ригидные и генерализованные установки в отношении многих ситуаций. Психологу на этом этапе необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение клиента в дисфункциональной манере. Также параллельно может проводиться и разъяснительная, и информирующая беседа, формулируются цели терапии, заключается психотерапевтический контракт. Таким образом, выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода КПП. Это требует функционального анализа, т. е. детального исследования

поведения, а также мыслей и ответов клиента в проблемных ситуациях. При проведении проблемного и поведенческого анализа, осуществляемого на мотивационном этапе нам кажется целесообразным использовать следующие схемы:

- описать проявления личностных особенностей в оттогенезе;
- отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в настоящем, прошлом и будущем (они нередко скрыты, поэтому на первом сеансе их трудно обнаружить);
- выявить генотип личности, проявляющийся через симптомы или отклоняющееся поведение;
- наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие признаки;
- оценить количественные и качественные последствия поведения.

2) *Моделирование поведения (этап обучения)*. Прежде чем приступить к моделированию поведения в работе над типичной проблемой необходимо задать клиенту серию вопросов для прояснения имеющихся трудностей: правильно ли пациент оценивает события? Являются ли ожидания клиента реалистичными? Не основана ли точка зрения клиента на ложных выводах? Адекватно ли в этой ситуации его поведение? Есть ли на самом деле проблема? Сумел ли клиент найти все возможные решения? Таким образом, вопросы позволяют построить психологу когнитивно-поведенческую концепцию – из-за чего клиент испытывает трудности в той или иной области. В ходе интервью, в конечном счете, задача психолога

состоит в выборе одной или двух ключевых мыслей, установок, поведения для психотерапевтического вмешательства. Первые сеансы обычно нацелены на присоединение к пациенту, идентификацию проблемы, преодоление беспомощности, выбор приоритетного направления, обнаружение связи между иррациональным убеждением и эмоцией, выяснение ошибок в мышлении, определение зон возможного изменения, включение клиента в когнитивно-поведенческий подход. Кроме того, клиент в доступной форме получает представление о принципах КПП, осваивает методику выполнения упражнений и психотерапевтических заданий. Когнитивный компонент реабилитации заключается в том числе в ведении самоотчетов, обнаружении (техника «заполнения пробела» по А.Эллису) и оспаривании иррациональных убеждений и создании новых, более адаптивных когнитивных конструкций. В целом, можно сказать, что моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс, в котором психолог использует методы и техники классического и оперантного научения по моделям, когнитивного научения и саморегуляции поведения.

В работе с клиентами, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, наиболее эффективными на наш взгляд являются следующие *когнитивные* и *поведенческие приемы*:

- **Метод «стоп кран»** или триада самоконтроля (применяется как средство неотложной психотерапевтической помощи), заключающийся в остановке мысли, релаксации, скрытом подкреплении. Основан на концепции скрытого моделирования. Клиент закрывает глаза и представляет картину, вызывающую отрицательные эмоции, одновременно сфокусировавшись на

негативной мысли. Когда появляется такая мысль, его просят поднять палец. На этот сигнал психолог произносит «Стоп!». Клиент обычно отмечает, что мысль исчезает. Затем его просят самому себе сказать «стоп», воображая красный сигнал светофора. После этого рекомендуется глубоко подышать и добиться релаксации. Третьим компонентом скрытого подкрепления служит представление приятной сцены, выбранной заранее из репертуара клиента. Когда клиент способен «видеть» и «чувствовать» положительные эмоции от последовательности картин, вся триада воспроизводится еще раз. Дома рекомендуются тренировки дважды в день.

- **Прием «шкалирования»** позволяет сделать замеры проблемы: больше или меньше, сколько процентов, градусов, на каком месте по тяжести и т. д. При ответе на подобные вопросы у клиента иногда спонтанно возникает снижение тревоги. Для тех клиентов, которые воспринимают вещи как «все или ничего», этот прием также весьма эффективен. Шкалирование чувств позволяет увеличить у клиента дистанцию или расширить перспективу. Клиент замеряет чувства или установки, используя десятичную (1-10) или стобалльную (1-100) систему измерения. Также ему предлагается оценить любое стрессовое событие в жизни по этой же системе. Техника шкалирования дает возможность определить установки в их жизненном контексте. Так как наши клиенты нередко находятся на крайних позициях, любое движение к средней точке имеет лечебный эффект. Проработка когнитивной цепочки, таким образом, снижает степень выраженности отрицательных эмоций и дает возможность поиска альтернатив. Запись дисфункциональных мыслей может осуществляться как на занятии с психологом, так и в виде домашнего задания. С помощью приемов шкалирования оценивается также

эффективность разных методов социально-психологического тренинга (например, на каком месте по уверенности Вы себя поставите), проведя замеры в начале и в конце цикла занятий.

• **Исследование угрожающих последствий (декатастрофизация).** Этот прием, также называемый «что если», включает помощь клиенту в оценке преувеличения им природы катастрофической ситуации и расширении ограничения мышления. Используются вопросы и воображение. Задаются вопросы типа «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?». Так как часто наши клиенты, имеющие выраженные двигательные нарушения, воспринимают саму жизнь как серию катастроф и проблем, то психологу приходится подводить их к восприятию реальности. Клиент должен увидеть последствия жизненных событий не через призму «все или ничего», а более оптимистично. Успех этого приема в деликатности, чтобы клиент не чувствовал себя высмеянным психологом, одновременно это его стимулируют к поиску альтернатив.

• «Баланс решения». Психолог предлагает клиенту обдумать ту часть поведения, которую он собирается изменить (проблемное поведение). После чего написать баланс решения, выделив все «за» и «против» нынешнего поведения для него. «За» – причины для продолжения нынешнего образа жизни. «Против» – причины для изменения нынешнего образа жизни. Как известно, процесс принятия решения изменить поведение – это взвешивание всех «за» и «против». Мотивация очень редко бывает односторонней, всегда существуют «за» и «против» нынешнего образа жизни и «за» и «против» его изменения. Они могут меняться или принимать на себя приоритеты с течением времени. Увеличение количества, удельного веса «против» -

ключевой фактор в продвижении к стадии действий и выполнения изменений. Баланс решения действителен только в том виде, как его видит сам человек. Это субъективный процесс. Другие могут иметь свою, отличную точку зрения на «за» и «против» образа этого человека. Психологу необходимо использовать метод активного слушания, чтобы убедиться, что он не навязывает свой баланс решения.

• **Ресурсные приемы. Техника «Прошлые успехи».** Для выполнения этого шага необходимо нарисовать солнышко с множеством лучей (7 и более). На каждом луче солнца необходимо написать событие, связанное с прошлым успехом. Закономерность: чем больше лучей, тем больше прошлых успехов. Карта прошлых успехов заполняется в два этапа. Сначала клиент ищет успехи в прошлой жизни в решении подобной проблемы, проблема может быть по структуре схожей. Во вторую очередь вписываются просто успехи, которые человек испытывал в прошлом. Вспоминание этих успехов пробуждает ресурсы, укрепляет самооценку.

Применяя те или иные приемы, описанные ранее, прежде всего, достигается аффективный компонент психокоррекции – осознание и проявление клиентом своих эмоций и чувств. На уровне поведения же происходит освоение альтернативных навыков: постановка и реализация целей, планирования своей жизни с учетом изменившихся условий жизни (болезнь, травма, инвалидность).

Этап обучения переходит в этап поддержки, когда клиент становится способен идентифицировать собственные иррациональные убеждения, дифференцированно применять различные варианты поведения в ситуациях совладения с болезнью. В рамках реабилитационного процесса этап поддержки осуществляется

преимущественно опосредованно (поскольку к этому времени сроки реабилитации заканчиваются) и основными ресурсами на данном этапе является как сама личность клиента, так и его ближайшее окружение (семья, близкие, друзья).

Тренировать способность идентифицировать ИУ возможно и при помощи домашних заданий. Приведем наиболее типичные примеры домашних заданий:

- а) ежедневная запись дисфункциональных мыслей с рациональным ответом. Это задание одновременно является и когнитивно-поведенческой техникой, интегрирующей много приемов;
- б) составить «Список удовольствий», от которых клиент может получать удовлетворение, радость независимо от другого человека;
- в) обзор основных проблем, обсуждавшихся на сессиях;
- г) самостоятельная практика приемов совладания, релаксации;
- д) заполнение опросников;
- е) тренировка в альтернативных видах поведения, закрепление и воспроизведение новых способов поведения в повседневной жизни.

Эффективность психологической реабилитации (посредством психотерапевтических сессий) в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии зависит от успешности *реконструкции* иррациональных установок. К реконструкции следует приступать, если клиент легко идентифицирует иррациональные установки в проблемной ситуации. В качестве примера приведем разбор клинического случая:

Антон О., 21 год, диагноз ДЦП, обратился с жалобами на неуверенность в себе, страх отрицательной оценки, трудности установления контактов, тремор рук при волнении. Наследственность нервно-психическими расстройствами неотягощена. Старший ребенок в семье. Ранний анамнез мало известен

из-за скудных воспоминаний юноши. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру доминирующая, старалась всех членов семьи подчинять своей воле. Отец мягкий, самоутверждается на работе, дома следует директивам супруги. В детстве уделял внимание мальчику, затем от воспитания устранился. Младшая сестра конкурирует с братом за внимание родителей.

Клиент пошел в обычную школу с 7 лет, учился удовлетворительно. В 5-м классе подвергался насмешкам, пытался установить «границы Я», конфликтовал с одноклассниками, доходило до драк. Замечал, что на высоте эмоционального напряжения появлялось онемение дистальных отделов верхних конечностей («не чувствовал удара кулака»). К старшим классам у клиента нарастала неуверенность в своих силах, страх оценки, в 10-м классе появилось дрожание рук при волнении. Хотел поступить в технологический институт, но из-за сомнений в своих интеллектуальных возможностях, отказался от этой идеи. После чего эмоциональное состояние еще более усугубилось. К этому моменту получает путевку в реабилитационный центр и с некоторыми надеждами соглашается пройти курс.

К психологу обращается впервые во время прохождения курса реабилитации в центре. Сразу же согласился на работу с психологом. На первичном приеме подробно и с удовольствием отвечает на вопросы, детализированно излагает факты анамнеза. Фон настроения ровный. Несмотря на небольшое смущение, внимание к себе ценит. Мышление по темпу не изменено, но отмечается «застревание» на деталях. Предъявляет множество усвоенных без критики правил, норм жизни, в беседе усматривается обида на родителей. Самооценка неустойчивая. Втайне мечтает о власти над

людьми, критика к своему состоянию имеется. С помощью методики ИВТ (тест иррациональных установок) выявлены следующие искажения в когнитивной сфере: высокий уровень ожиданий от себя, тревожная сверхзабоченность в отношении будущих событий, долженствование. Вырисовывается невротический конфликт типа «хочу и не имею права/недостойн/ не потяну», который поддерживает симптоматику. Учитывая индивидуальные особенности и высокую мотивацию клиента, было предложено пройти групповую психокоррекцию. Свою цель клиент сформулировал как «желание разобраться в себе».

Динамическое наблюдение в групповом процессе: страх отрицательной оценки в основном со стороны старших по возрасту. В группе играет роль жертвы, при этом испытывает удовольствие («могу перетерпеть боль, унижение»), помогающая ему утвердиться в роли стойка. Застревает на выводах, которые сам делает в отношении себя («Наверное, меня в группе не поймут»). На первом занятии был растерян, затем активно включился в работу группы, уменьшилась фиксация только на своих проблемах, стал помогать другим участникам. В ходе обратной связи от других участников группы была подвергнута критике старая система установок («разрушили мою крепость»), начато построение новой схемы в последующей индивидуальной психотерапии. Психокоррекционный процесс занял в общей сложности 12 часов.

К концу реабилитации отмечался ровный фон настроения, снижение уровня личностной тревожности, снижение интенсивности симптоматики, хотя тремор рук до конца не прошел. Катамнез через 1 год (при повторном курсе реабилитации) – подал документы и поступил в технологический институт.

Подводя итоги, обозначим наиболее важные навыки, которые клиент приобретает в ходе когнитивно-поведенческой психотерапии:

- выявление иррациональных установок, дезадаптивных конструкторов, вызывающие личностную тревожность, депрессию, состояние фрустрации и др;
- оценивание «негативных мыслей» с точки зрения их реалистичности и изменение их на более конструктивные, отражающие реальность и не провоцирующие тревогу или депрессию;
- нормализация образа жизни и повышение ее качества, а также повышение уровня психологической устойчивости к стрессовым факторам внешней среды;
- сохранение активного образа жизни и эффективное приспособление к жизни при проявлениях болезни и ее последствиях в случае хронического течения заболевания, оптимальной адаптации к требованиям реабилитации и последующего восстановления;
- преодоление деструктивных эмоций (стыд, вина, тревога, обида и т.д.), возможность не скрывать от близких свои проблемы и эффективно пользоваться поддержкой окружающих (развитые механизмы сотрудничества);
- создание новых, более адаптивных когнитивных конструкций.

Таким образом, положительная динамика психологической реабилитации клиентов, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата возможна во многом благодаря применению техник и приемов когнитивно-поведенческой психотерапии.

Только в комплексном сочетании традиционных подходов, способов и методов реабилитации с применением современных методов диагностирования психического, психологического и

социального здоровья клиентов с новыми здоровьесберегающими и здоровьеформирующими технологиями можно рассчитывать на более полное и быстрое излечение. Восстановление трудоспособности, обретение социальной, психологической, нравственной устойчивости обеспечит клиенту улучшение качества жизни и наиболее быструю адаптацию в социуме. Дифференцированный подход к реабилитации каждого конкретного случая, проведение комплексной восстановительной терапии, осуществление медико-психологического сопровождения на всех этапах реабилитации позволяют повысить реабилитационный потенциал клиентов и обеспечить достижение благоприятных исходов реабилитации в целом.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004.
2. Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Московский психиатрический журнал. Спецвыпуск по когнитивной терапии. – 1996. – №3. – С.40-49.
3. Харитонов С. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. – Издательство: Психотерапия, 2009.
4. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход.: пер. с англ. – ЭКСМО, 2002.

Проблемы психологической реабилитации онкологических больных

*Русина Н.А.,
ГБОУ «Ярославская государственная медицинская академия»,
г. Ярославль*

Аннотация. В статье рассматриваются реперные точки, которые необходимо учитывать в процессе психологической реабилитации пациента онкологического профиля. Называется необходимое условие реабилитационного процесса: изучение психологических факторов риска развития заболевания, адаптивных реакций, личностных особенностей и психологического состояния больного, его смысловой сферы. Подчеркнуто, что психологические методы коррекции пациента должны осуществляться с учетом стадии развития заболевания. Аргументируется значимость доверительного общения с пациентами и его родственниками в процессе реабилитации. Указана психотерапевтическая триада «мишеней» пациентов онкологического профиля – «телесная скованность», «подавленные отрицательные эмоции», «неконгруэнтность смыслов». Предлагается использовать метод анализа экзистенциальных ситуаций и работу с фундаментальными мотивациями по А. Лэнгле. Рекомендуются применение возможных методик и техник работы с пациентом в зависимости от выбранной «мишени».

Ключевые слова. Психологическая помощь, психотерапия, онкология.

Abstract. Meaningful points that must be taken into account in the process of psychological rehabilitation of patient of oncologic profile are examined in the article. The study of psychological risk of development of disease, adaptive resources, personality features and psychological states of

patient, vital senses of personality is marked as the necessary condition of rehabilitation process. It is mentioned that the psychological methods of correction of patient must be used in accordance to the stage of development of disease. Meaningfulness of confidence communication with patient and his relatives in the process of rehabilitation is argued. The psychotherapy triad "of targets" of patients of oncologic profile - "corporal constraint", "suppressed negative emotions", "non-congruence of senses" - is indicated. It is suggested to apply the method of analysis of existential situations and work with fundamental motivations by A. Langle. Application of possible methods and techniques of work is recommended taking into account the chosen "target".

Keywords. Psychological support, psychotherapy, oncology.

Психологическая реабилитация онкологических больных эффективна, если изучены факторы риска, способствующие заболеванию, проведена диагностика личности больного и его ресурсов, выстроена система психолого-психотерапевтической помощи пациенту и его родственникам.

1. Изучение факторов риска, способствующих развитию заболевания. Сами по себе они не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний, но являются факторами риска при длительном взаимодействии между собой и в сочетании с влияниями средовых. В наших исследованиях были выявлены психологические симптомокомплексы онкологических больных: 1. Сочетание преобладания сверхконтроля и эмоциональной лабильности, пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, сопровождающийся «уходом в болезнь», повышенная ориентация на нормативность, инфантильность. 2. Эмоциональная незрелость,

неконструктивный стиль переживаний, снижающий уровень тревоги, но оставляющий выраженной эмоциональную напряженность. 3. Внутренняя конфликтность как механизм защиты «Я» от отрицательных эмоций, которые бессознательно подавлены. 4. Напряженность механизмов психологической защиты при слабом выражении механизмов совладания [3,5,6].

2. Изучение личностных смыслов пациента. Болезнь разрушает привычный уклад пациентов, вносит изменения в структуру смыслов. Неконгруэнтность смыслов личности проявляется в том, что сохранение здоровья не является главным смыслом онкологического больного, при этом нормативные критерии личности высоки. Неконгруэнтность смыслов проявляется и в несоответствии декларируемых и глубинных смыслов личности [4]. Нередко больные, узнав о болезни говорят: «Если бы я знал, что так будет, я бы жил совсем иначе», имея в виду – жил бы, изменив структуру ценностей. Болезнь возникает как результат стресса и сама является стрессором, приводит больного в состояние фрустрации, выявляет внешние и внутренние конфликты, актуализирует жизненный кризис. Больной оказывается перед проблемой выбора ценностей, стратегий и тактик поведения в кратчайший временной срок. Субъективное течение времени замедляется, т.к. время оценивается пациентом как очень значимое. Изменение отношения к смерти заставляет его изменить отношение к самой жизни, он начинает понимать, что смерть – это часть жизни. Через переосмысление жизни и формирование новых жизненных смыслов возникает состояние мудрости и отстраненности. Это выглядит так, как будто он становится старше и опытнее, постигает истину. Итогом являются терпимость и смирение, принятие и покой. На практике люди верующие или обретшие веру в момент

болезни принимают свое состояние гораздо спокойнее. Осознание неконгруэнтности смыслов приводит больного к разрушению системы смыслов. Противоречие между повышенным самоуважением, зависимостью от социальных норм, внутренней конфликтностью, неудовлетворенностью прожитой жизнью могут актуализировать процесс «смыслостроительства». Этот ресурс оказывается копинг-ресурсом и способствует улучшению адаптации к болезни, качества жизни. Психологическая коррекция успешна, если начинается с реконструкции жизненных смыслов, установления раздела: жизнь «до» и жизнь «после».

3. Выбор психологических методов коррекции в зависимости от стадии развития заболевания. Больные проходят стадии психологической реакции на болезнь: отрицание, или шок, гнев и агрессия, «торговля», депрессия и отчуждение, принятие болезни и выстраивание новой жизненной стратегии. Поведение психолога должно быть адекватно каждой стадии. Если больной находится на стадии отрицания, нужно понять, как это помогает ему справиться с ситуацией и помочь определить список реальных целей. Если больной тревожен, его следует успокоить через обучение релаксационным техникам. В ситуации агрессии, гнева определить источник, на который они направлены. Если он находится вовне, помочь отреагировать эмоции; если это аутоагрессия, поместить опыт пациента в длительную временную перспективу, подключая экзистенциальную ориентацию. При депрессии помочь высвободить не пережитое горе, невысказанные обиды, неотреагированные эмоции. При отчуждении найти семейные проблемы, причины дисгармонии, идущие из прародительской семьи. При выборе техник

учитывать особенности личности, стадии развития заболевания и психологические реакции на болезнь [4].

4. Общение с больным. В зависимости от особенностей личности, больные по-разному относятся к процессу общения: начинают избегать его; чувствуют жалость к себе, безразличность окружающих и боязнь заразиться; не хотят быть в тягость родственникам. У большинства не хватает сил для общения. Нередко проблему общения порождают родственники. Часто пациент сам знает о заболевании и даже о том, сколько ему осталось жить, особенно на терминальных стадиях. Родственники не принимают факт заболевания и надеются на выздоровление, ругая больного, что он отказывается принимать пищу или лечение. На их лицах появляются неискренние выражения, а у больного все чувства обнажены. Для него важным оказывается телесный контакт, т.к. их многие избегают. Следует говорить с ним на его языке, о том, о чем он хочет, при безусловном принятии больного, истинного отношения к нему, интереса, соучастия, а не жалости. Общение должно соответствовать особенностям его личности, стадиям развития заболевания. Не менее важно умение обучать больного и родственников выполнению назначений, лечения, ухода. Решению этой проблемы может помочь психолого-педагогическая и психотерапевтическая подготовка родственников и медицинского персонала, «школа больного» [7].

5. Общение с родственниками. Последствия заболевания часто приводят к разрушению семьи, смерти близкого человека, обострению всех отношений и противоречий в семье. В экстремальной ситуации проявляется социальная незрелость семьи, эгоизм отдельных ее членов, неадекватные реакции на болезнь. Иногда психологическая помощь оказывается необходимой в большей степени родственникам,

чем больному. План лечения и ухода должен разрабатываться вместе с семьей при учете рекомендаций психолога. Кризисная ситуация является индикатором адаптивности и сплоченности семьи. Их показателями являются степень аффилиации и поддержки своего близкого, а также других больных, регулярность посещений, помощь в повседневном уходе, сосредоточенность на потребностях пациента в большей степени, чем на потребностях остальных членов семьи. Психологическая проблема состоит в умении установить контакт с родственниками, понимании социального и семейного анамнеза больного, в нахождении средств поддержки в ситуации острого горя. При общении с родственниками необходимо помочь им перейти от первоначальной реакции к большей открытости и доверию. Следует настаивать на частых визитах, но при этом надо учесть, как наносить визиты, как себя вести, оказывать поддержку ему и другим пациентам в палате, проявляя истинные чувства. Необходимо дать понять родным, что пациент должен иметь возможность самому отвечать за свое здоровье. Нередко пациент лучше чувствует собственное состояние, а родственники навязывают ему свое мнение. Иногда пациент уже принимает возможность близкого ухода из жизни, а родные удерживают его, диктуют свою волю. Не менее важная задача – научить родственников жить с больным общей жизнью, поддерживать принятием его чувств, укрепляя в нем те надежды, которые реалистичны. Следует поддерживать родственников, когда у них складывается ощущение, что все неприятности больной вымещает на них, и они чувствуют себя бесполезными или виноватыми. Необходимо объяснять им чувства больного, как важно для него, останется ли он в одиночестве, переживает ли тоску, депрессию, гнев. Имеет смысл объяснить, что помочь могут неожиданные вещи:

приятные воспоминания, пение песен, музыка, улыбка, юмор. В задачу входит разрушение мнения о том, что родственники должны сохранять внешнее самообладание, чтобы поддержать больного. Больной понимает неестественность этого состояния, что блокирует свободное выражение его собственных эмоций. Родственники должны выражать свои истинные чувства [7].

6. Психотерапия больного. Нами была выявлена психотерапевтическая триада «мишеней» пациентов онкологического профиля – «телесная скованность», «подавленные отрицательные эмоции» и «неконгруэнтность смыслов».

Главный вопрос больных: как жить в этом мире со своей болезнью. В категориях экзистенциального анализа (ЭА) «экзистенция» – наполненность жизни. В парадигме ЭА психолог работает в двух направлениях: с личностью (Person в терминологии А. Лэнгле), имеющей в конкретном случае особенности, и с экзистенциальной ситуацией, в которой личность себя обнаружила. Феноменологический подход в работе с пациентом определяется следующими положениями: я воспринимаю пациента и внимаю к его Person, я «впечатляюсь» пациентом, анализирую его Person и его экзистенциальные ситуации [1].

В пронзительной по силе чувств книге «Антирак» Д. Серван-Шрайбер, врач-психиатр, сам переживший рак, приводит экспериментальное подтверждение связи нервной и иммунной систем и психики в развитии и преодолении онкологической болезни. Факторы, усиливающие развитие заболевания: 1. традиционный западный режим питания, 2. эмоции, затаённые в себе, 3. депрессивное состояние и горечь, 4. социальную изоляцию, 5.

отрицание своей истинной идентичности, 6. малоподвижный образ жизни [8].

В работе с больным мы анализируем все измерения: физическое, социальное, психологическое и духовное. Физическое измерение отражает степень приспособления к физической среде (1,6 факторы). Социальное измерение означает, что мир отношений с другими людьми является одним из факторов создания собственного мира (4 фактор). Личное измерение охватывает отношения с собой и близкие отношения с другими, чувство «Я есть». Анализируем, как пациент понимает окружающий мир, сердцевину личного мира, отношение к себе (2,3,5 факторы). Духовное измерение – мир отношений с ценностями, смыслами жизни. Раскрытие ценностей, согласно которым строится жизнь, является первым шагом в преодолении проблем на первых 3-х уровнях.

Работая с Person, на первом этапе необходимо показать пациенту связь эмоций и телесных проявлений. Подавление эмоций является маркером психосоматической природы рака. Больные рассказывают о болезни рационально, описывают внешние проявления болезни, перечисляют способы лечения. Стремление специалиста выяснить, какие же ситуации пациент переживает как травматичные, наталкивается на трудности. Попытки применения игровых техник обречены на этом этапе на неуспех. В лучшем случае можно получить рассказ об отрицательном эмоциональном состоянии: обиде, агрессии, гневе. Но проявления эмоций нет. Больные затрудняются с маркировкой своего эмоционального состояния. Фиксируем наличие мышечного панциря. Предлагаем упражнения на релаксацию, глубокое дыхание, технику парадоксальной интенции.

Одной из значимых задач для психолога является подбор диагностического инструментария обследования, адекватного нозологии. Важно использовать не только психологические тесты и методики, но уметь диагностировать поведение пациента по значимым ситуациям в период консультирования. Благоприятной основой для работы является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и питающие личность в болезни. Поэтому следующий шаг в работе – зная типы семейных проблем и актуальных способностей (например, по Н. Пезешкиану [3]), тестировать пациента через значимые ситуации. Так происходит проработка жизненного и семейного контекста проблем и межличностных затруднений. Когда больной попадает на значимую ситуацию, его состояние изменяется.

Второе направление – анализ его экзистенциальных ситуаций. Сущность Person как «свободного в человеке» заключается в переработке любых содержаний, с которыми сталкивается человек, и в обнаружении резонанса с ними, благодаря чему Person обретает собственное существование. Психолог, заданной темой, провоцирует психотерапевтический процесс, при помощи которого мобилизуются заблокированные персональные силы в человеке. Задача психолога следить за невербальными проявлениями пациента. Реакции начинают сопровождаться изменениями в теле, появляются жестикация, блеск в глазах, эмоциональность в речи. Тем самым выявляем на уровне психосоматики внутриличностный конфликт пациента. Итогом диагностической ситуации является осознание пациентом внутреннего конфликта между его природной эмоциональностью, телесной скованностью и необходимостью сдерживать свою подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но

вынужден мириться в силу воспитания или привычки. Он становится готовым к «встрече с самим собой». Пациент должен осознать, как конфликт заставляет его реагировать определенной частью тела, органом. Очень важна работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическим состоянием, трудностей понимания и выражения чувств. Задача психолога помочь пациенту маркировать его эмоциональное состояние и перейти к тренировке его способности распознавания и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, расширения эмоционального словаря. Следующий этап – изменение негативной установки пациента по отношению к эмоциям (особенно отрицательным), выявление причин, почему, кто и когда «запретил» ему выражать отрицательные эмоции, фокусировка внимания на модусе переживания.

Как только пациент начинает отслеживать ситуации, после которых у него возникают ухудшения физического самочувствия, и научится связывать свое болезненное состояние с эмоциональным сдерживанием, переходим к обучению управлению эмоциями, обучению моделям совладания. Работа может осуществляться в различных психотерапевтических и психокоррекционных техниках (нейролингвистического «якорения» ресурсных состояний пациента, в которых ему бывает комфортно, техниках медитации, мышечной релаксации, глубокого дыхания, процессуальные техниках). Приемы эмотивной психотерапии: маркировка эмоциональных состояний, обучение «отреагированию» эмоций, «выпускные клапаны для гнева», «слёзы», перевод отрицательных эмоций в физическую активность, «проговаривание» эмоционального состояния, фокусирование на внутренних переживаниях, а не на внешних событиях, различие между чувствами и телесными ощущениями, создание новой

доминанты, творчество, юмор, стресс-айкидо, методы саморегуляции, дыхательные упражнения, медитативные техники.

Следующая проблема: телесная скованность, «мышечный панцирь». Рекомендуем водные процедуры, движения, прогулки, саморегуляцию, визуализацию, медитацию, самогипноз, процессуальные техники. Другая группа проблем больного: ограниченный репертуар действий, уход в работу, игнорирование болезни, пассивный суицид. Важно научить больного и родственников уходу за собой, умению слышать свой организм, контролю состояния, сна, питания, режиму труда и отдыха, самонаблюдению.

Если первая задача психолога – актуализация базовой отрицательной подавляемой эмоции и осознание больным ее связи со своим физиологическим состоянием – решена, Person обретает собственное существование.

Второе направление психотерапевтической работы должно обеспечить соотнесение с заданностями и условиями экзистенциальной ситуации, т.е. научить пациента жить в новых для него ситуациях. Самое сложное – работа с фундаментальными мотивациями [1]. Работа с 1-й мотивацией – «я есть, но каким образом мне справиться со своим бытием?» – заключается в поиске внутренней опоры и развитии фундаментального доверия, чтобы научиться выдержать увиденное и принять как факт. Применяем когнитивно-эмоциональную психотерапию с базисными убеждениями: переформулирование ограничивающих убеждений, перевод иррациональных убеждений в рациональные, отрицательных в положительные, относительность отрицательных событий. Работу со 2-й фмотивацией – «я есть, но как сделать, чтобы мне хорошо было

здесь жить?» – осуществляем в техниках психосинтеза через согласование противоречивых субличностей пациента, наполняя чувствами пространство собственного бытия пациента. Поиск 3-ей мотивации – «я есть я, но имею ли я право быть собой?» – должен привести пациента к аутентичности, нахождению себя. Работу можно вести в техниках психосинтеза через отождествление/разотождествление, самоотождествление, «постижение своего я», определение своего Критика, встречу с Саботажником, подключая приемы психодрамы, гештальт-терапии. Определение 4-й мотивации – «я есть, но каков смысл моей жизни в этом мире?» – заключается в конструировании новых смыслов, целеустройении.

У онкологических больных происходит потеря экзистенциального смысла: во имя чего жить, поскольку больные инфантильны и привязаны к одному объекту (работе, человеку). Ограничение взаимодействия с ним способствуют аггравации симптома. Для больных чрезвычайно актуальны вопросы смысла жизни, вины, тревоги, смерти, одиночества. Работа с этими категориями может быть эффективной в парадигме экзистенциальной терапии. Приёмы: диагностика понимания понятий «ценности», «цели», «жизненный смысл», диагностика личных ценностей, построение жизненной стратегии, метафорическая и телесно-пространственная работа по «образу жизни», работа со сказками, метафорами, притчами, работа на осознание причинно-следственных связей в жизни личности, гармонизация первичных и вторичных способностей, духовного и материального.

Список литературы

1. Лэнгле А. Фундаментальные мотивации экзистенции как

действенная структура экзистенциально-аналитической терапии / А. Лэнгле // Экзистенциальный анализ. №1. – М. : ИЭАПП, 2009. – С.9-29.

2. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М. : Медицина, 1996. – 538 с.

3. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы онкологических больных / Н.А. Русина // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – №2. Т. II (39). – С. 283-285.

4. Психологическая адаптация к болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями Русина, Н.А. / Н.А. Русина // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». Сборник материалов. 24-25 ноября 2011г. – М., 2011. – С.104-109.

5. Русина Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных / Н.А. Русина // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – С.115-121.

6. Русина Н.А. Адаптивные ресурсы онкологических и хирургических больных / Н.А. Русина // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. Ч.2. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – С.620-623.

7. Русина Н.А. Психолого-педагогические основы организации «Школы больного» / Н.А. Русина // Учебно-методическое пособие для врачей, слушателей ИПДО. Ярославль, 2012. – 40с.

8. Серван-Шрайбер Д. Антирак / Д. Шрайбер // Электронная библиотека онкологического портала. URL: www.rak.by

Изучение внутренней позиции личности и отношения к собственной инвалидности с помощью методики «Синквейн» (на примере молодых людей с нарушением зрения)

Щербакова А.М., Баскакова Ю.В.,

ГБОУ ВПО МГППУ

Аннотация. В статье обсуждаются вопросы отношения людей с нарушениями зрения к ограниченным возможностям своего здоровья. Обосновывается необходимость поиска нового диагностического инструментария для выявления. Описывается методика «Синквейн» и ее использование в качестве психодиагностического инструментария. Приведены результаты исследования субъективного восприятия своего ограничения, связанного с болезнью, молодыми инвалидами по зрению.

Ключевые слова: инвалидность; качество жизни, связанное со здоровьем; нарушения зрения; ограниченные возможности здоровья; психологическая реабилитация; синквейн; слепота.

Abstract. The article focuses on the personal attitude of blind and visually impaired people towards their disability (limited health abilities. It specifically underlines the strong demand for new diagnostic tools of early prevention. Sinkveyn method is described as well as it's practical implications as a psycho-diagnostic toolkit. Also are included the research results of the study on the problem of subjective perception of the disability limitation on the personal level that young visually impaired adults tend to develop based on their unhealthiness.

Keywords. Disability; quality of life related to the health conditions; blindness and low vision; limited health abilities.

Проблема переживания ситуации болезни

Концепция качества жизни требует учета субъективного восприятия человеком с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) доступности для него удовлетворения актуальных потребностей и полноценного социального функционирования, несмотря на связанные с болезнью ограничения. Такой подход непосредственно привлекает внимание к личностному плану переживания ситуации болезни человеком с ОВЗ [1].

Степень социально-психологической адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья в значительной мере определяется их отношением к своей болезни. Оно проявляется либо отрицанием болезни, либо рациональным отношением к заболеванию, либо «уходом в болезнь». Этот последний вариант выражается в появлении отгороженности, подавленности, в постоянном самоанализе, в уходе от реальных событий и интересов.

Рассматривая ситуацию инвалидности как стрессовую, в то же время необходимо учитывать тот факт, что любая стрессовая ситуация способна пробуждать личностные ресурсы и таким образом способствовать формированию продуктивных механизмов совладания с жизненными трудностями.

О сформированности таких механизмов свидетельствуют активная позиция в решении социально-личностных проблем, реализуемая готовность к социальным действиям, направленность на саморазвитие и самореализацию, способность к самоопределению и расширению границ жизнедеятельности.

Для разработки адресной программы психологической реабилитации психологу необходимо выявить характер отношения к

ограничениям своих возможностей, связанных с состоянием здоровья, у своего клиента.

Часто молодые люди с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с нарушениями зрения, не могут донести свои ощущения и переживания до специалистов или окружающих людей. Многие юноши и девушки стесняются говорить о своих страхах, напрямую связанных с инвалидностью. Проективные методы диагностики и коррекции способствуют выявлению подобных страхов и их устранению. Однако большая часть проективных методик не может полноценно применяться в работе с инвалидами по зрению, в первую очередь, из-за того, что их выполнение связано с применением видов деятельности, недоступным слепым и слабовидящим. Слепой от рождения человек не может самостоятельно изобразить на листе бумаги даже самые простые вещи, такие как дом, дерево и др. Проведение подобных методик при помощи зрячего ассистента резко снижает качество полученного материала, так как ассистент, как и любой человек, может привнести в рисунок что-то свое, более подробно обозначить ту деталь рисунка, которая кажется ему существенной. Именно поэтому актуальной проблемой сегодня является внедрение проективной методики, позволяющей человеку с ограничениями зрения самостоятельно выполнить задание и оценивающей такие особенности слепых и слабовидящих, как внутренняя позиция личности и отношение к собственной инвалидности.

Диагностический инструмент

Исходя из описанного положения вещей, целью нашего исследования стало изучение внутренней позиции и отношения

молодого человека с ограниченными возможностями зрения к собственной инвалидности и возможности использования методики «Синквейн» в работе с инвалидами по зрению 18 – 40 лет. «Синквейн» (С.) представляет собой пятистрочную стихотворную форму, возникшую в начале XX века в США под влиянием японской поэзии. Позднее С. использовался как действенный способ развития образной речи, позволяющий быстро получить результат. По мнению ряда методистов, С. пригоден в качестве инструмента для извлечения сложной информации [2]. Написание С. – это форма свободного творчества.

Впервые использование С. в качестве инструмента психологической диагностики и способ его интерпретации с обращением к лексико-семантическому анализу был предложен А.М. Щербаковой [3].

Диагностическая ценность С., в первую очередь, основывается на содержательной и синтаксической значимости каждой строки.

Первая строка – это тема С. Она включает в себя одно существительное или местоимение, которое обозначает объект или предмет, о котором пойдет речь. Вторая строка представлена двумя определениями – чаще всего прилагательными или причастиями. Это описание признаков или свойств выбранного в первой строке предмета или объекта. Третья строка образована тремя глаголами или деепричастиями, описывающими характерные действия выбранного предмета или объекта. Четвертая строка представлена коротким предложением (из 4 слов), выражающим отношение автора к выбранному предмету или объекту. Пятая строка – это одно слово-резюме, характеризующее суть предмета или объекта.

Эффективность использования С. заключается в быстром получении результатов.

Интерпретация результатов, основанная как на содержательном анализе целого С., так и на лексическом анализе последней строки, позволяет выявить отношение человека с ограниченными возможностями здоровья к собственной болезни (инвалидности).

В 2011 – 2013 гг. под руководством А.М. Щербаковой Синквейн, как проективный психодиагностический метод был апробирован в работе с молодыми инвалидами по зрению на базе Негосударственного учреждения «Культурно-спортивный реабилитационный комплекс Всероссийского общества слепых».

Характеристика выборки

В исследовании приняли участие 122 инвалида по зрению в возрасте от 18 до 40 лет (по два представителя из 63 регионов Российской Федерации):

1. Инвалид I группы по зрению (тотально слепой или с минимальным остатком зрения);
2. Инвалид II – III группы по зрению (с достаточно хорошим остаточным зрением).

Средний возраст испытуемых составил 28,2 года (29,3 года – для мужчин и 27,2 года – для женщин).

По возрастному составу всех участников исследования условно можно разделить на 3 группы:

1. Инвалиды по зрению в возрасте 18 – 25 лет – выпускники школ, студенты среднеспециальных и высших учебных учреждений, аспиранты;

2. Инвалиды по зрению в возрасте 26 – 34 лет – молодые специалисты;

3. Инвалиды по зрению в возрасте 35 – 40 лет – работающие как в системе ВОС, так и вне системы.

Большая часть участников исследования (как мужчин, так и женщин) входят в возрастную группу 25–34 лет. Сюда входят 41 участница (примерно 66% от всех женщин) и 31 участник (примерно 52% от всех мужчин). Вторую по численности группу составляют участники в возрасте от 18 до 24 лет. Сюда входят 17 участниц и 17 участников (примерно 28% и 29% всей выборки). Группа участников в возрасте 35–40 лет представлена минимально. В эту группу входят 4 участницы (7% от всех женщин) и 12 участников (примерно 3% от всех мужчин).

Большая часть участников исследования (как мужчин, так и женщин) имеет инвалидность II группы. Таким образом, в исследовании принимало участие 14 участниц и 16 участников с I группой инвалидности без остаточного зрения, 7 участниц и 10 участников с I группой инвалидности с остаточным зрением, 32 участницы и 27 участников со II группой инвалидности и 9 участниц и 7 участников с III группой инвалидности.

Среднее полное общее образование (11 классов) имеют 16 участников исследования (11 участниц и 5 участников), среднее профессиональное образование – 40 человек (18 участниц и 22 участника), в настоящий момент высшее образование получают 16 человек (7 участниц и 9 участников), 2 участника имеют степень кандидатов наук (1 участник – кандидат психологических наук и 1 участник – кандидат исторических наук).

Также необходимо отметить, что около 20% всей выборки имеют достижения в области культуры и спорта, а 6% – активно помогают региональным и местным организациям Всероссийского общества слепых в трудоустройстве и профессиональной реабилитации инвалидов по зрению, имеют награды за общественную работу в системе Всероссийского общества слепых.

Ход исследования

Апробация методики «Синквейн» в качестве инструмента диагностики проходила в 2 этапа:

1. На первом этапе испытуемым предлагалось составить С., первым (основным) словом которого является слово «инвалидность». К концу первого этапа исследования нам удалось выделить и описать основные требования к использованию С. как психодиагностической методики;

2. На втором этапе мы выделили и описали основные принципы использования С. в качестве психодиагностической методики.

В ходе первого этапа удалось получить 113 синквейнов. 7 испытуемых сообщили о том, что задание было им не понятно. 2 человека отказались от выполнения задания, мотивируя свой отказ нежеланием писать что-либо по поводу феномена инвалидности в целом, и собственной инвалидности в частности.

Одной из проблем, с которой мы столкнулись в процессе использования С. как психодиагностической методики, оказалась постановка задачи, инструкция. Первоначально испытуемым давалась стандартная инструкция без каких-либо пояснений. Ниже приведен

текст инструкции, даваемой участникам исследования перед первой пробой:

«Вам необходимо составить Синквейн на заданную тему. С. представляет собой стихотворение из 5 строк, составленное по определённым правилам. Первая строка – это существительное, предмет, о котором пойдёт речь. В нашем случае – это слово «Инвалидность». Вторая строка – это 2 слова (прилагательные), определяющие признак выбранного предмета. Третья строка – это 3 глагола или деепричастия, описывающие действие предмета. Четвёртая строка – это предложение из 3 – 5 слов, описывающее предмет (Ваше мнение о предмете). Пятая строка – это некоторое короткое резюме (одно слово), подводящее итог Вашего стихотворения».

Но после обработки результатов стало понятно, что многие из испытуемых не понимают подобную инструкцию. Так, например, испытуемый М. 23 лет заявил о том, что «лучше приводить несколько примеров, как именно надо делать, чем просто произносить команды, записанные в руководстве». Также испытуемая Я. 30 лет предложила «внести в текст инструкции пояснение хотя бы к некоторым строкам, например, к предпоследней и последней». Таким образом, к моменту второй пробы инструкции была скорректирована. В неё были включены не только конкретные пояснения к каждой из строк С., но и вставлено 3 примера. Такое число примеров выбрано не случайно, дело в том, что примерно треть испытуемых понимала смысл задания только после того, как было приведено хотя бы два примера С. на разные темы. Испытуемая М. 36 лет предложила «добавить в инструкцию примеры синквейнов, отличных друг от друга, например, когда вместо прилагательных во второй строке причастия, а вместо

глаголов – деепричастия». Ниже приведен текст инструкции после ее доработки с учётом анализа полученных данных и мнений участников исследования:

«Вам необходимо написать Синквейн на заданную тему. С. представляет собой стихотворение из пяти строк, написанное по определенным правилам. Первую строку С. образует 1 существительное или местоимение, которое и является темой С., то есть тем предметом, о котором пойдет речь. Например, выберем первой строкой С. слово «Весна». Предмет С. должен отвечать на вопрос: «Что?» или «Кто?». В нашем случае, что? – весна. Вторую строку С. составляют два определения (прилагательных или причастия), которые характеризуют признак выбранного предмета. Прилагательные или причастия отвечают на вопрос: «Какой?». В нашем примере: «Весна» - какая? – ранняя, нежная. Третья строка представлена тремя глаголами или деепричастиями, обозначающими действие предмета, то есть отвечающими на вопрос «Что делает?», «Что сделает?». В нашем примере: «Весна» - что делает? – согревает, пробуждает, растапливает. Четвертая строка С. – это предложение из трёх или пяти слов, в котором автор выказывает свое отношение к понятию и отражающее основную суть предмета. Например, «Весна – самое красивое время года». Пятая, последняя строка С., представляет собой одно слово, обычно существительное, через которое человек выражает свои чувства, ассоциации, связанные с данным понятием. В нашем примере – это слово любовь. Таким образом, мы получаем С. на тему «Весна»:

Весна

Ранняя, нежная

Согревает, пробуждает, растапливает

Это самое красивое время года

Любовь

Рассмотрим еще несколько примеров синквейнов на различные темы:

1. Любовь.

Сказочная, фантастическая.

Приходит, окрыляет, убегает.

Удержать ее умеют единицы.

Мечта.

2. Жизнь.

Активная, бурная.

Воспитывает, развивает, учит.

Дает возможность реализовать себя.

Искусство.

В ходе обработки полученных синквейнов мы придерживались двух основных направлений: первое – анализ целого С., а второе было направлено на лексический анализ последней строки С.

Целые синквейны по содержанию были разделены нами на 6 основных групп:

1. Принимающий – минимум три строки синквейна носят позитивный характер.

2. Негативный – минимум три строки синквейна носят негативный характер.

3. Нейтральный – минимум три строки синквейна носят нейтральный характер.

4. Скорее принимающий – максимум две строки синквейна носят нейтральный характер, а остальной – позитивны.

5. Скорее негативный – максимум две строки синквейна носят нейтральный характер, а остальные – негативный.

6. Внутренний конфликт – две строки синквейна носят принимающий, а две другие – негативный характер.

Ниже приведены примеры каждого из выделенных нами видов синквейнов:

1. Принимающий С.:

Инвалидность

Сложная, целеустремляющая

Заставляет бороться, искать, находить

Спасение утопающих – дело рук самих утопающих

Борьба

2. Негативный С.:

Инвалидность

Нелёгкая, нежелательная

Ограничивает, меняет, отталкивает

Что-то даёт, что-то меняет

Огорчение

3. Нейтральный С.:

Инвалидность

Ищущая, приходящая

Заставляет чувствовать, понимать, находить
Учит принимать окружающую действительность
Понимание

4. Скорее принимающий С.:

Инвалидность
Безысходная, требующая
Заставляет стремиться, бороться, добиваться
Несмотря на недуг, нельзя опускать руки
Помощь

5. Скорее негативный С.:

Инвалид
Осторожный, неуверенный
Предусматривает, добивается, совершенствуется
Недоступность того, что хочется
Осложнённость

6. Внутренний конфликт:

Инвалидность
Неизбежная, ограничивающая
Мешает, сплачивает, организует
Я отношусь к этому спокойно
Большое ограничение

Описание результатов и их обсуждение

Большее число синквейнов (35% у женщин и 37,7% у мужчин) являются принимающими. Второе место по выраженности у мужчин занимают скорее принимающие синквейны (18%), а у женщин – синквейны, указывающие на внутренний конфликт (18%). На третьем месте у мужчин находятся нейтральные синквейны (10%), у женщин – негативные синквейны (13,1%). По 8,2% от всего числа синквейнов приходятся у мужчин на негативные, а у женщин – на нейтральные синквейны. И по 3,4% приходится на синквейны, показывающие внутренний конфликт у мужчин и на скорее негативные синквейны у женщин. Не поняло смысл задания при его выполнении больше мужчин, чем женщин.

Таким образом, более половины мужчин демонстрируют принимающее и скорее принимающее отношение к инвалидности (55,7%), а негативное и характеризующееся внутренним конфликтом отношение проявляют чуть больше десятой части (11,6%). Доля женщин с принимающей оценкой своей инвалидности существенно меньше, в то время как негативное, скорее негативное и проявляющее внутренний конфликт отношение можно констатировать у трети женщин, участвовавших в исследовании (34,5).

Чтобы лучше разобраться в отношении молодых инвалидов по зрению к собственной инвалидности и формировании их внутренней позиции, мы провели сравнительный анализ целых синквейнов у мужчин и женщин в выделенных ранее возрастных группах: 18 – 25 лет, 26 – 34 года и 35 – 40 лет.

Возрастная группа 18-25 лет

В первой возрастной группе у женщин большее число от всех составленных синквейнов (30%) составляют принимающие. Второе

место по выраженности (26,1%) занимают негативные синквейны. На третьем месте (21,7%) находятся нейтральные синквейны. Также почти 13,1% составляют скорее принимающие синквейны, а 8,7% приходится на синквейны, указывающие на внутренний конфликт. У мужчин же наиболее выражены принимающие (19%) и нейтральные (19%) синквейны. Второе место занимают негативные (13%) и скорее принимающие (13%) синквейны. 9,5% от всех синквейнов приходится на скорее негативные, а синквейнов, указывающих на внутренний конфликт – нет. Такое распределение синквейнов связано, в первую очередь, с тем, что возраст 18 – 25 лет является переломным возрастом большей части инвалидов по зрению. По данным медицинских учреждений и органов медико-социальной экспертизы, проблемы со зрением (его частичная или полная потеря) приходятся именно на возраст 18 – 25 лет, так как в этом возрасте появляются значительные нагрузки на зрительный анализатор. Эти нагрузки объясняются поступлением молодых людей в высшие и среднеспециальные учебные заведения. Также данный возрастной период является критическим и с точки зрения формирования правильного (принимающего) отношения инвалидов в целом (инвалидов по зрению в частности) к собственной инвалидности. Это связано со сменой социального статуса молодого инвалида. Подобная смена социального статуса заставляет молодого человека с ограниченными возможностями переживать по поводу того, как его примут коллеги по работе или учебе, получится ли у него создать семью или найти достойную работу и др. Собственное отношение молодого инвалида к себе не совпадает с социальным к нему отношением. Все это приводит к переосмыслению инвалидом феномена собственной инвалидности и формирует его внутреннее к

ней отношение. В дальнейшем (от 26 до 40 лет) данное сформированное отношение закрепляется, оно может быть скорректировано (изменено) или оставаться неизменным.

Возрастная группа 26 – 34 лет

Большее число синквейнов как мужчин (40,8%), так и женщин (46,7%) носят принимающий характер. Вторыми по выраженности (40,8% у мужчин и 23,3% у женщин) занимают скорее принимающие синквейны. Синквейны, указывающие на внутренний конфликт, присутствуют только у женщин и составляют 13,3% процента. Подобные результаты свидетельствуют о том, что примерно у половины молодых инвалидов по зрению (мужчин и женщин) в возрасте 26 – 34 лет, принявших участие в исследовании, сформировано нормальное (принимающее) отношение к собственной инвалидности. У второй части испытуемых формирование отношения к собственной инвалидности не завершено, но видно, что оно перевешивает к нормальному (принимающему) отношению. Мы предполагаем, что внутренний конфликт по отношению к собственной инвалидности у женщин данной возрастной группы обусловлен тем, что им в силу каких-либо причин не удалось создать семью (выйти замуж). Инвалидность начинает восприниматься как наиболее значимая причина, мешающая достижению поставленной цели.

Возрастная группа 35 – 40 лет

Большая часть молодых инвалидов по зрению в возрасте 35 – 40 лет (мужчины 50%, женщины 25%) дают принимающие синквейны. На негативные приходится 12,3% синквейнов женщин и 8,3% синквейнов мужчин. Скорее принимающие синквейны присутствуют

только у мужчин (25% от всего числа синквейнов), а синквейны, указывающие на внутренний конфликт наблюдаются как у мужчин (8,3%), так и у женщин (62,5%). Подобное распределение синквейнов характеризуется тем, что возраст 35 – 40 лет является вторым пиковым возрастом, когда люди с проблемами зрения частично или полностью его теряют. Именно в этом возрасте прогрессирует большинство генетических глазных заболеваний. В социальном плане данный возрастной период характеризуется анализом первых жизненных успехов и неудач и перестройкой личностных ценностей. У женщин в данный возрастной период обостряется желание создать семью и родить детей. Это приводит к переосмыслению отношения к собственной инвалидности. Часто подобное переосмысление приводит к внутреннему конфликту по отношению к феномену инвалидности вообще и собственной инвалидности в частности.

Также был проведен лексический анализ пятой строки С. - слова, через которое испытуемые выражали свои чувства, ассоциации, связанные с понятием инвалидности.

Приведем примеры:

1. Принимающие – к ним можно отнести такие слова, как «победа», «преодоление», «счастье», «стимул».

2. Негативные – последняя строка С. имеет отрицательное значение. К таким словам можно отнести слова «ограничение», «горе», «наказание».

3. Нейтральные – последняя строка С. не носит ни однозначно положительного смысла, ни однозначно отрицательного, то есть является нейтральным по значению. К таким словам можно отнести такие слова, как «жизнь», «особенность», «равноправие».

Наибольшую выраженность как у мужчин (38%), так и у женщин (70%) имеют нейтральное слово-резюме. Второе и третье место у мужчин занимают принимающие (24%) и негативные (8%) слова-резюме соответственно. У женщин же принимающие и негативные слова-резюме имеют одинаковую частоту и составляют по 15% от всех результатов. Таким образом, можно отметить, что у мужчины в качестве слов-резюме синквейнов на тему «инвалидность» выбирали слова нейтрального или принимающего значения. Женщины же – слова нейтрального значения. Это может свидетельствовать о том, что мужчины легче смиряются с фактом собственной и инвалидности и нередко начинают относиться к ней даже с юмором. Женщины же сложнее принимают собственную инвалидность, так как зачастую инвалидность, а особенно инвалидность по зрению, ассоциируется у них с чем-то, что портит их внешность. Испытуемая М 38. лет призналась в том, что «из-за того, что я ношу толстые очки, на меня не обращают внимания мужчины, и я не могу выйти замуж». Другая испытуемая А. 25 лет боится того, что «в свадебном платье с белой тростью невозможно выглядеть сексуально».

Также был проведен лексический анализ слов-резюме по возрастным группам.

Слово-резюме. Возрастная группа 18-25 лет

Первое место по выраженности как у мужчин (46%), так и у женщин (53%) в возрасте от 18 до 25 с проблемами зрения занимают синквейны, слово-резюме которых носит нейтральное значение. Наиболее часто инвалидность сравнивается ими с такими словами, как жизнь, вера, ответственность и толерантность. Второе место по выраженности у женщин (30%) занимают синквейны, слово-резюме которых имеет отрицательное, негативное значение. Наиболее часто

женщины сравнивают инвалидность с ограничением, уродством, наказанием и горем. На третьем месте по выраженности у женщин с инвалидностью по зрению данной возрастной группы (17%) находятся синквейны, слово-резюме которых носит принимающий характер. Наиболее популярными словами-резюме в таких синквейнах стали слова преодоление, улыбнись, изменения. У мужчин же принимающие и негативные по значению слова-резюме синквейны выражены одинаково. Они составляют по 27% каждый от общего числа всех синквейнов. Часто употребляемыми словами-резюме среди негативных являются такие слова, как ограниченность, неприятность и должны мне, а среди позитивных – преодоление, победить, стремление.

Слово-резюме. Возрастная группа 26 – 34 лет

У мужчин (63%) и женщин (86%) с проблемами зрения 26-34 лет наибольшую выраженность также имеют синквейны, слова-резюме которых носят нейтральный характер. Наиболее часто и мужчины, и женщины данной возрастной группы употребляют такие нейтральные по значению слова-резюме, как «время», «вместе», «как знать», «жизнь». Второе место по выраженности у женщин (14%) занимают синквейны с принимающими словами-резюме (преодоление, победа, счастье). Негативные по значению слова-резюме у женщин данной возрастной группы не встречаются. У мужчин же на втором месте по выраженности (33%) находятся синквейны, слова-резюме которых носят принимающий характер (надежда, упорство, движение). Негативные по значению слова-резюме у мужчин данной возрастной категории встречаются редко (4%) Это такие слова, как препятствие и ограничение.

Слово-резюме. Возрастная группа 35 – 40 лет

Среди слепых и слабовидящих в возрасте 35 – 40 лет первое место по выраженности у мужчин (75%) и у женщин (63%) занимают синквейны, слова-резюме которых носят нейтральный характер. Самыми популярными словами-резюме у данной группы испытуемых являются слова *вера* и *жизнь*. Второе место по выраженности у мужчин (17%) занимают принимающие слова-резюме, в то время как у женщин слова этой группы на третьем месте (12%). В качестве позитивных слов-резюме используются такие слова как *стимул*, *победа*, *переживем*. Негативные слова-резюме встречаются у 8% мужчин (третье место) и 25% женщин (второе место). В качестве негативных слов-резюме испытуемые выбирают слова *должны мне*, *жить сложно*, *плохо*.

Таким образом, мы можем говорить о том, что для большей части молодых инвалидов по зрению в возрасте 18 – 40 лет (как для мужчин, так и для женщин) понятие *инвалидность* раскрывается с помощью нейтральных по значению слов. По лексическому значению слов-резюме можно сделать вывод о том, что примерно две третьих испытуемых привыкли относиться к своей инвалидности как к чему-то обыденному, повседневному. Слово «инвалидность» не вызывает у большинства молодых мужчин и женщин с проблемами зрения особенных эмоций и переживаний. Именно поэтому мы пришли к решению для более продуктивного использования Синквейна в качестве психодиагностической методики предоставить испытуемым самим выбрать ключевое слово, что, на наш взгляд, будет затрагивать эмоциональную сферу каждого конкретного испытуемого.

С этой целью мы предложили испытуемым самостоятельно определить и назвать одним словом то, что больше всего волнует его/ее в связи с ограниченными возможностями здоровья.

При анализе результатов мы использовали введенные ранее градации (принимаящее отношение, нейтральное, негативное).

Пример: Возьмем синквейн с ключевым словом «Сложность», выбранным самим испытуемым.

Сложность.

Терпимая, ненужная.

Заставляет, толкает, способствует.

Сложность нужно преодолевать самому.

Переживем!

Выбор в качестве ключевого слова понятия *сложность* говорит о том, что молодой человек с ограниченными возможностями зрения воспринимает свое состояние, как некоторую сложность, проблему, вызывающую у него некоторый дискомфорт, что подтверждается анализом второй строки.

В третьей строке записаны слова «заставляет», «толкает», «способствует». Все эти три слова выражают позитивно направленное действие, следовательно, третью строку синквейна можно считать принимающей. Четвертая строка синквейна представлена предложением: «сложность нужно преодолевать самому». Словосочетание «нужно преодолевать самому» свидетельствует о позитивной направленности всей строки в целом. Пятая строка синквейна представляет собой слово-резюме, определяющее ключевое слово синквейна. В нашем случае – это слово «переживем!». Опираясь

на анализ предыдущей строки синквейна, мы можем сделать вывод о том, что слово-резюме также носит позитивный характер. Таким образом, получаем, что три из пяти строк синквейна являются позитивными, следовательно весь синквейн можно считать принимающим.

Сопоставив ключевое слово со словом-резюме, мы получаем следующую лексическую конструкцию: *Сложность – переживем!*

Получается, что нейтральное значение слова «сложность» компенсируется позитивным значением слова «переживем!». Таким образом, можно говорить о том, что по лексическому значению слова-резюме данный синквейн также может считаться принимающим.

Таким образом, дополнительным приемом при использовании Синквейна в качестве диагностического инструментария для выявления отношения человека с проблемами здоровья к собственной инвалидности является сопоставление лексических значений ключевого слова, выбранного самим испытуемым, и слова-резюме.

На следующем этапе исследования мы проведем анализ составленных испытуемыми синквейнов на ключевое слово, выбранное ими самими.

Выводы

Проведенное исследование с помощью методики Синквейн удалось выявить половозрастные особенности отношения к своей инвалидности у молодых инвалидов по зрению.

Исходя из результатов проведенного исследования можно предположить, что Синквейн вполне можно использовать в качестве проективной психодиагностической методики в работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья. В работе с людьми,

имеющими проблемы со зрением, данная методика позволяет выявить переживания, которые испытывает человек в связи с болезнью. Данную методику уместно использовать для ранней диагностики и выявления основных психологических проблем, связанных с восприятием собственной инвалидности.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал. – 2007. – Т. 26. – С.112-119.

2. Мой выбор. Учебно-методическое издание для учителей средней школы. Издание второе, исправленное и дополненное. М. : ЗАО «Учительская газета», 2001.

3. Щербакова А.М. Психологические аспекты инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013 (13). – № 2. – С.67-74.

Раздел 3. Специфика психологической реабилитации детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья различных нозологий

Психолого-педагогическая реабилитация сиблингов из семей с ребенком, страдающим онкологическим заболеванием

**Гусева М.А., **Цейтлин Г.Я.,*

**Институт практической психологии и психоанализа*

***ФГБУ «ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д.Рогачева» Минздрава России*

Аннотация. Успехи современного лечения в онкопедиатрии актуализировали проблему организации комплексной реабилитации больных детей и членов их семей, при этом одной из наиболее уязвимых групп являются здоровые сиблинги.

У сиблингов отмечаются множественные страхи, а также высокая тревога, связанная с фрустрацией базовых потребностей в безопасности и любви. В ответ на тревогу формируются поведение и синдромы, выполняющие защитную функцию.

Реабилитационный лагерь и клуб – современные технологии реабилитации, позволяющие включать сиблингов в процесс психолого-педагогической реабилитации на разных этапах лечения больного брата/сестры.

Ключевым аспектом индивидуальной программы реабилитации детей с онкологическими заболеваниями и здоровых сиблингов является организация специфической мультидисциплинарной среды с безусловным эмоциональным принятием каждого ребенка и скоординированная психолого-педагогическая работа.

Ключевые слова: детская онкология, психологическая реабилитация, сиблинги.

Abstract. Success of modern treatment in children's cancer made actual a problem of organization of the complex rehabilitation of the sick children and their families, especially healthy siblings.

Siblings suffer from multiple fears and the anxiety connected with frustration of their basic needs for safety and love. In reply the poor behavior and protective syndromes are formed.

We describe rehabilitation camp and club as modern technologies of the rehabilitation, and how this method allows to include siblings in process of psychological-pedagogical rehabilitation at different stages of treatment of their sick brother/sister.

Key aspect of the individual program of rehabilitation of children with oncological diseases and healthy siblings is the organization of the specific multidisciplinary environment with unconditional emotional acceptance of each child and the coordinated psychological-pedagogical work.

Keywords. children's oncology, psychological rehabilitation, siblings.

В последние 20 лет совершенствование системы помощи детям с онкологическими заболеваниями превратило значительную часть этих ранее фатальных болезней в категорию хронически протекающих и излечиваемых, что актуализировало проблему организации комплексной реабилитации этих пациентов. Созданы различные реабилитационные программы и технологии, однако, объектом реабилитации чаще является ребенок-инвалид, а не вся семья в целом, хотя именно семейная система подвергается риску в сложившейся критической жизненной ситуации.

Этот период связан с глобальной структурной и функциональной перестройкой семейной системы: меняются основные структурные параметры, функционирование подчинено одной цели – вылечить ребенка. Наши наблюдения показывают, что наиболее уязвимой группой, которая должна стать объектом пристального внимания психологов, специалистов социальной работы, педагогов, врачей, являются здоровые сиблинги.

Видоизмененная структура семейной системы основана на вовлеченности членов семьи в процесс ухода за больным ребенком и, как правило, включает вертикальную подсистему – ухаживающий родитель (чаще мать) и больной ребенок, с установлением крепкой симбиотической связи между ними, что является необходимым условием успешной адаптации в ситуации лечения. Мать несет на себе основную тяжесть повседневного ухода за ребенком, принимает ответственность за его лечение и часто не может выполнять другие функции, например, воспитания и ухода за другими детьми в семье. Если функция воспитания здоровых детей вовремя не подхвачена отцом, новая семейная «расстановка» содержит вакантные места аутсайдеров, которые часто занимают сиблинги [1]. Указанная проблема не является специфичной для детской онкологии и может возникать в семьях, имеющих ребенка-инвалида с любым заболеванием [2,3].

Проблемы сиблингов хорошо иллюстрируют высказывания матерей, дети которых закончили лечение и находятся в состоянии продолжительных ремиссий: «...после приезда из больницы сын долго не узнавал, долго не называл «мама», «...долгое время дочь воспитывалась у бабушки, и после нашего приезда из больницы не хотела возвращаться в нашу семью», «...было сложно объяснить

старшему сыну, что он – тоже любимый», «...другой ребенок полностью отошел на второй план», «...сын считал, что я предала его», «...дочь замкнулась, записала в своем дневнике, что мама видит только брата», «...прочитала в дневнике дочери: почему заболела не я, а брат?» [4].

У здоровых сиблингов фрустрируются базовые потребности в безопасности и любви, усиливаются чувства тревоги, беспомощности, страха смерти и одиночества. При этом открытое выражение большинства чувств, особенно гнева, в нашей культуре считается социально неприемлемым, но особенно табуируется в семьях, где тяжело болен ребенок. В ответ на тревогу формируются поведение и синдромы, выполняющие защитную функцию, известные в литературе как реакции «замаскированной депрессии»: злость, агрессия, аутоагрессия, нарушение контроля импульсов, девиантное поведение с риском формирования зависимостей, школьная неуспешность, отыгрывание, гиперактивность или заторможенность, психосоматические нарушения [5].

Соматизация психологических проблем часто выражена вегетативной дисфункцией, неврологическими симптомами (энурез, энкопрез, нарушение сна, девиации пищевого поведения), ипохондрией. Соматизация также является защитным механизмом, при помощи которого ребенок пытается справиться с ситуацией, а, возможно, и «перейти на положение» больного брата/сестры.

Таким образом, в большинстве случаев девиантное поведение сиблингов – зафиксированная бессознательная компенсаторная реакция на тревогу, поэтому вектор психолого-педагогической помощи должен быть направлен на снижение тревоги и предъявление стимулов, способствующих формированию новых адаптивных форм

поведения.

Учитывая эти проблемы, мы организуем работу психолога в клиническом отделении, в городском семейном клубе и реабилитационном лагере, выстраивая систему реабилитации так, чтобы не только больной ребенок, но и члены семьи на протяжении всего лечения и диспансерного наблюдения находились в реабилитационном пространстве.

Лагерная и клубная программы – инновационные для нашей страны реабилитационные технологии. Лагерная программа организована в 2006 г. Автономной некоммерческой организацией «Дети» по инициативе и при научно-методической поддержке Федерального центра детской гематологии, онкологии и иммунологии, при финансовой помощи Юнеско и авиакомпании «Трансаэро». Городской семейный клуб открыт в 2004 г. на базе ЦДТ «На Вадковском» (директор – Ю.М. Лившиц).

Лагерь и клуб – комплементарные программы, главной задачей которых является социальная адаптация семей, имеющих в своем составе ребенка-инвалида с онкологическим заболеванием.[6] Такая организация работы с семьей позволяет включать сиблингов в процесс психолого-педагогической и социальной реабилитации, реализовывать принцип непрерывности реабилитации, а единая команда специалистов, работающих в клинике, клубе и лагере – создает возможность преемственности, что очень важно для детей и родителей. Именно форма клуба и лагеря (а не профильный реабилитационный центр, финансируемый госбюджетом) позволяет успешно работать с родителями и сиблингами.

Длительность реабилитации связана с поставленными задачами и зависит, прежде всего, от индивидуальных особенностей ребенка и

мотивации семьи. Чаще всего, учитывая психолого-социальные проблемы ребенка и членов его семьи, требуется многолетняя реабилитационная работа. Например, в 2007 г. мы впервые приняли двух здоровых сиблингов умершей от лейкоза старшей сестры. При этом работа с семьей не представлялась возможной – оба родителя после смерти дочери стали пить, развелись, отец вскоре умер. У детей, Артема, 12 л. и Анны, 15 л. (имена детей изменены) отмечались нарушенная коммуникация, низкая самооценка, актуализированный страх смерти, аутоагрессия, а также аутизация, ярко выраженная у Артема. В результате многолетней реабилитационной помощи они стали нашими сотрудниками, успешно работая в лагере в качестве вожатых.

Ключевую роль в организации лагерной и клубной программ играет формирование специфической психолого-педагогической среды с безусловным эмоциональным принятием каждого ребенка. Это положение диктует необходимость: 1) отказаться от оценочного отношения к ребенку; 2) отказаться от трактовки его действий и качеств в обывательских терминах («ленивый», «капризный», «непослушный», «хулиган» и прочее); 3) видеть в его «проступках» не предмет для назидания и повод для наказания, а основание для углубленного анализа проблем, выразивших себя в деформированном поведении, и необходимость изменения педагогической стратегии [7].

Летом 2013 г. мы приняли двух детей, 11 и 12 лет, младших братьев умершей от лейкоза девочки, оба в состоянии острого периода утраты (сестра умерла 2 месяца назад). Кроме того, незадолго до смерти сестры погиб отец. Мальчики производили впечатление «трудных подростков»: гиперактивные, агрессивные, неконтактные. Психодиагностика с использованием проективных методик выявила

повышенную тревожность, выраженный страх смерти, особенно у младшего, страх отвержения, страх поглощения, вплоть до фантазий о нападающем и поглощающем мире. Работа психолога и педагогов была направлена на создание теплой принимающей атмосферы, установление границ, что положительно сказывалось на снижении общей тревожности и страхов. Была использована техника песочной терапии для работы со страхами и горем, установления связей с внутренним миром, восстановления контроля над импульсами.

В работе с сиблингами мы направляем усилия на формирование теплых дружеских отношений между ними. Очень важно дать детям возможность получить опыт неконфликтных, сотрудничающих взаимоотношений в сиблинговой паре. На это направлена и групповая работа психолога. В условиях лагеря, когда объект конкуренции и сиблингового конфликта (мать) временно устранен, старшие сиблинги с радостью проявляют заботу в отношении младших (иногда, при сложившейся во время лечения старшего ребенка инверсии сиблинговых ролей – наоборот, младшие дети заботятся о старших).

Здоровые братья и сестры получают возможность, наконец, просто побыть детьми, снять с себя навязанную семейной системой роль функционального родителя и делегировать ее воспитателям и педагогам. Два года назад к нам приехал младший брат 14-летней девочки, находившейся в длительной ремиссии после лечения опухоли головного мозга. Дома девочка исполняет роль функциональной матери двум младшим братьям, пока их биологическая мать ищет возможность отдать всех троих детей в детский дом, чтобы «устроить» свою личную жизнь. Приехавший младший брат – высоко тревожный ребенок со множественными страхами, примитивно-агрессивной картиной мира, производил

впечатление умственно отсталого ребенка: плохо развитая речь, игровая деятельность, в основном, предметная, сюжетно-ролевая деятельность почти не развита; в игре отсутствует четкое разделение «плохой-хороший», «мое-чужое».

С первого же дня в лагере мальчик с энтузиазмом принялся лупить младших. Учитывая семейный анамнез, педсовет принял решение поселить ребенка с двумя старшими подростками. Таким образом, мы символически помогли выстроить ему границы, в которых он нуждался, при этом ребенок оставался в атмосфере полного и безусловного принятия, получив опыт бесконфликтного общения со старшими, более сильными, без направленной на него агрессии. Его деструктивная картина мира стала разрушаться, и через некоторое время стало понятно, что речь идет не об умственной отсталости, а о педагогической запущенности.

Работа психолога с этим ребенком была направлена на восстановление нарушенной привязанности, формирование адекватных отношений в социуме: установление границ и обеспечение чувства безопасности в терапевтических отношениях, отражение чувств ребенка, а также его самого «Кто я?», «Какой я?». После нескольких лагерных смен ребенок отлично справляется с игрой, сюжеты его историй отличаются разнообразием, развивается символическое мышление. Мальчик дифференцирует свои границы от границ других людей, усваивает правила взаимоотношений в коллективе. Его сестра, освободившись в лагере от функции матери, смогла снова почувствовать себя ребенком.

Таким образом, важной составляющей индивидуальной программы реабилитации детей с онкологическими заболеваниями и их сиблингов становится организация мультидисциплинарной среды и

скоординированная психолого-педагогическая работа. Существенной особенностью нашей программы является то, что дети становятся ее активными соавторами, а не потребителями «мероприятий», навязанных взрослыми. Это позволяет каждому ребенку найти себя в творчестве, заслужить уважение, повысить самооценку.

Первичная психологическая диагностика осуществляется с использованием проективных методик и детализируется в процессе психотерапевтических занятий, индивидуальных и групповых. Используются игровая психотерапия, сказкотерапия, песочная терапия, фантазирование, придумывание историй. Ребенку предлагается сначала «погрузиться» в свой внутренний мир, затем вывести на внешний план (изобразить, описать) возникший образ, который становится доступным сначала для познания, затем для трансформации или принятия. Дети получают возможность обнаружить, разделить с терапевтом, принять, свои чувства, которые им сложно выразить дома или в школе и с которыми тяжело справиться самостоятельно.

Особенно эффективна, по нашим наблюдениям, песочная терапия. Создание песочных картин – это естественный способ общения детей, где игрушки служат словами, а само действие игры – языком.[8] Это хорошее средство воссоздания прошлого травматичного опыта, выражения негативных чувств путем их символического перенесения с реальных людей на фигурки, отыгрывания страхов и тревоги. При этом происходит высвобождение энергии, внутреннее напряжение ослабевает, ребенку легче перейти к более зрелому эмоциональному поведению.

Таким образом, помощь сиблингам является необходимым аспектом психотерапевтической работы с семьей, имеющей ребенка-

инвалида с онкологическим заболеванием, и должна осуществляться на всех этапах специализированной помощи с момента установления диагноза, когда сиблинговые проблемы только формируются. Важно определить круг задач и разработать методики такой работы для каждого этапа лечения.

Список литературы

1. Гусева М.А., Барчина Е.Т., Цейтлин Г.Я. Проблема сиблингов в детской онкологии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2013. – Т.12. – № 2. – С.38-47.
2. Тимофеева И.В. Особенности сиблинговых и детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с детским церебральным параличом. – Екатеринбург. Электронный ресурс. URL: <http://www.emissia.org/offline/2012/1776.htm>
3. Валитова И.Е. Взаимоотношения в семье между сиблингами, один из которых – ребенок с особенностями в развитии. Мир психологии. – 2006. – №4. – С.55-67.
4. Гусева М.А., Лебедь О.Л., Цейтлин Г.Я. Репродуктивные ориентации и поведение семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием // Социология. –2011. – №4. – С.14-24.
5. Dorpat T.L. Depressive affect // The Psychoanalytic Study of the Child. – 1977. –Vol.32. – pp.3-27.
6. Гусева М.А., Богданова Н.В., Цейтлин Г.Я. Реабилитационная лагерная программа в детской онкологии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. Научно-практический журнал. – 2011. – Т.10. – № 4. – С. 39-43.

7. Цейтлин Г.Я., Валентей Л.В., Греф А.Э. Программа комплексной реабилитации детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями // Педиатрия. – 1999. – №3. – С. 78-82.

8. Батня В. Миры на песке. Песочная терапия. Изд-во РаКа, 2010. – С. 291.

Психолого-психиатрические проблемы реабилитации детей и подростков с синдромом Аспергера

Иовчук Н.М.

ГБОУ ВПО МГППУ,

Ассоциация детских психиатров и психологов

Аннотация. На основании динамического наблюдения длительностью от 4 до 18 лет 19 случаев аутизма Аспергера описана клиническая динамика, показаны сложности и причины социальной адаптации таких детей в школьные годы, качество жизни детей и подростков с синдромом Аспергера, необходимость адекватной психологической помощи ребенку и его семье, вероятность медикаментозной помощи при декомпенсации психического состояния. Указаны прогностические возможности лиц с синдромом Аспергера в зависимости от условий воспитания и психолого-педагогической поддержки.

Ключевые слова. Ранний детский аутизм, синдром Аспергера, клиническая динамика, качество жизни, социально-психологическая адаптация, прогностические возможности.

Abstract. On the basis of dynamic supervision of 19 cases of autism of Asperger during from 4 to 18 years clinical dynamics is described, difficulties and the reasons of social adaptation of such children in school days, quality of life of children and teenagers with Asperger syndrome, need of an adequate psychological assistance are shown to the child and his family, probability of the medicinal help at a decompensation of a mental condition. Predictive opportunities of persons with Asperger's syndrome depending on conditions of education and psychological-pedagogical support are specified.

Keywords. Infantile autism, Asperger's syndrome, clinical dynamics, social and psychological adaptation, quality of life, predictive opportunities.

Проблема детского аутизма привлекает внимание психиатров и психологов на протяжении многих десятилетий, начиная с 30-40 годов прошлого века (М.О. Гуревич, 1927; В.А. Гиляровский, 1928, Г.Е. Сухарева, 1930; Н.И. Озерцкий, 1938; и др.). После основополагающих работ Kanner (1943) и Asperger (1944) возникло лавинообразное появление множества публикаций о раннем детском аутизме (В.М. Башина, 1974; М.Ш. Вроно М.Ш., 1971; В.Е. Каган, 1981; и др.). Многочисленные исследования не ознаменовались существенным прогрессом в понимании проблемы аутизма (Kanner, 1973). В работах многих детских психиатров зазвучала явная неудовлетворенность расширительной диагностикой аутизма, который «угрожал стать «большим котлом» детской психиатрии» (В.Е. Каган, 1981). И снова после длительного периода сдержанного отношения к этой проблеме возник настоящий «аутистический бум», обусловленный прежде всего огромным ростом статистических

показателей распространенности раннего детского аутизма по всему миру. Если в 40-е годы прошлого века ранний детский аутизм выявлялся в 4-5 случаев на 10000 детей, то теперь эти показатели увеличились в 6-10 раз: до 30-40 случаев на 10000 детского населения. Такой рост детского аутизма пытаются объяснить разными причинами: доступностью детской психиатрической помощи, улучшением диагностики, изменением аутоиммунных процессов, возможно связанных с массовой вакцинацией детей первых лет жизни (Г.В. Козловская, 2013).

Все эти вопросы могут быть решены только путем сравнительных международных междисциплинарных исследований при выработке единых критериев диагностики. С нашей точки зрения, основную роль в росте числа детей с ранним детским аутизмом играет его гипердиагностика: диагноз РДА часто ошибочно устанавливают детям с задержками развития и аутоподобным поведением при ранних резидуально-органических поражениях ЦНС, при затяжных невротических и циклотимоподобных депрессиях, возникших в младенческом и младшем дошкольном возрасте, и конечно, при ранней манифестации шизофрении. Диагноз раннего детского аутизма в последнем случае является или «реабилитационным» (т.е. устанавливается врачом-психиатром сознательно для облегчения адаптации ребенка), или ошибочным, или результатом простой небрежности врача-психиатра.

В современных работах больше всего внимания уделяется аутизму Каннера, т.е. тяжелым формам раннего детского аутизма с грубым нарушением или задержкой развития дисгармоничного или олигофреноподобного типа. При этом почти не встречается исследований более мягкой формы раннего детского аутизма –

синдрома Аспергера. Впрочем, и Kanner (1943), и Asperger (1944) описывали весьма похожие клинические состояния, но сейчас считается общепринятым относить к синдрому Каннера более тяжелые, а к синдрому Аспергера – более легкие формы аутизма. Аутизм Аспергера принято идентифицировать с шизоидной психопатией (или «расстройствам личности» по МКБ-10). Если аутизм Каннера следует дифференцировать с тяжелыми (прогредиентными) формами ранней детской шизофрении, то проявления аутизма Аспергера во многом клинически сходны с постпроцессуальным дефектом при легких (малопроедентных) формах рано начавшейся шизофрении.

С нашей точки зрения, которой мы и придерживаемся в дифференциальной диагностике, ранний детский аутизм – это врожденное уродство характера, пожизненное тяжелое расстройство, для максимальной коррекции требующее многолетних усилий разных специалистов. Ранняя детская шизофрения – процессуальное заболевание, неминуемо приводящее к более или менее тяжелому нарушению развития и оставляющее неизгладимый след на всей психической структуре личности.

Прежде чем приступить к анализу фактического материала, важно уточнить сущность понятия «аутизм» как одной из форм личностной патологии. С нашей точки зрения, аутизм не имеет прямого отношения к функции общения, а характеризует особый склад личности, основной характеристикой которого является интроверсия, т.е. преобладание внутреннего мира, фиксации на внутренних переживаниях, внутренних ценностей над внешними, погруженность в свой внутренний мир в ущерб отражению явлений окружающей жизни. Такого рода личностная структура предполагает,

естественно, и ограничение вплоть до полного избегания общения с окружающими, но последнее свойство не является абсолютно обязательным для аутиста, более того, он может быть внешне даже излишне контактным без учета ситуации и тематики общения («аутизм наизнанку», «регрессивная синтонность»).

Под наблюдением в течение длительного времени – от 4 до 18 лет – находились 19 лиц мужского пола с установленным синдромом Аспергера. К настоящему времени они достигли 11-30-летнего возраста. Все они с детства наблюдались амбулаторно, но некоторые пережили единственное кратковременное стационарирование в санаторное отделение ПБ №15 по достижении 16-17-летнего возраста с целью подтверждения диагноза для военно-медицинской комиссии.

Необходимо отметить, что говорить в данном случае о «психопатии» как об устойчивой патологической личностной структуре по отношению к детям неправомерно, поскольку формирование личности, и в том числе патологической личности является многолетним процессом со своей эволютивной этапностью, обусловленной условиями развития. С другой стороны, уже в раннем детстве у детей с синдромом Аспергера отмечаются признаки, позволяющие судить о предрасположенности к формированию патологической личностной структуры, основными особенностями которой являются аутизм и особенности эмоционального реагирования.

Ядерным расстройством во всех случаях является глубокая интровертированность с нарушением контактов, необычным, оригинальным восприятием окружающего мира, эмоциональной холодностью или сочетанием эмоциональной притупленности с обостренной чувствительностью (психэстетической пропорцией типа

«дерева-стекла»), формальностью, ригидностью, неадекватным и часто нелепым поведением. Такие дети были крайне эгоцентричны и ведут себя в соответствии со своими интересами, не обращая внимания на потребности и мнение окружающих и принятые нормы поведения. Таким образом, особенности характера детей с аутизмом Аспергера во многом похожи на личностные особенности больных, перенесших шизофренический приступ. Между тем эти особенности не являются результатом болезни, а представляют собой врожденные свойства личности.

Такие дети уже на первом году жизни обращают на себя внимание слабостью проявления эмоций, отсутствием реакции на дискомфорт, потребности в общении. Они могут часами находиться в одиночестве, не требуя внимания, поражая окружающих своим «спокойствием». В то же время отрицательные реакции могут надолго закрепляться, образуя устойчивые страхи (например, страх перед мытьем, страх перед новыми лицами или перед одним из близких родственников, страх перед кормлением и т.п.). Развитие этих детей асинхронично и диссоциативно: они начинают раньше ходить, чем ползать, нередко ползают только назад; будучи вялыми и пассивными в кроватке, встав на ноги, становятся неудержимо подвижными; их речь может сочетать элементы лепета с достаточно богатым словарным запасом, порой надолго сохраняется непонятная окружающим «птичья речь» из беспорядочно перемешанных слогов и т.п. Они либо одинаково равнодушно контактируют с любым из близких, не выделяя мать, либо чрезмерно привязываются лишь к одному из родителей, сторонятся сверстников, предпочитают неигровые предметы, подолгу однообразно манипулируя с ними, либо с раннего возраста выделяют и на многие годы сохраняют одни и те же

игрушки, отвергая новые. В общении с близкими они либо пассивно принимают ласку, либо активно избегают ее, не дают себя гладить, напрягаются и выворачиваются, когда их берут на руки, обнимают, целуют. С возрастом отчетливо выступают склонность к фантазированию, уходу в аутистический мир – вплоть до перевоплощения, легкость образования страхов с фантастической фабулой и нередко с контрастным влечением к объекту страха. Как правило, такие дети болезненно реагируют на отрыв от привычной семейной обстановки, особенно на помещение в детские учреждения, что проявляется регрессивной симптоматикой (чаще всего утратой навыков опрятности), различными депрессивно-невротическими расстройствами с нарушением физиологических функций, страхами, тиками, навязчивостями и т.п., упорным отказом от общения. Если такие реакции принимают затяжной характер, эти дети впервые попадают в поле зрения детских психоневрологов.

Не способные к завязыванию контактов со сверстниками, остро реагирующие на строгое обращение учителей, насмешки и агрессию одноклассников, шизоидные дети еще больше замыкаются с началом школьного обучения. Они перестают отвечать на уроках, плохо воспринимают учебный материал, начинают бояться школы, активно отказываются от ее посещения, теряют интерес к учебе, возвращаясь к играм и занятиям более раннего возраста. Их депрессивно-невротические расстройства могут принимать форму неясных физических заболеваний с немотивированными подъемами температуры, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и т.п.

Более чем у половины наблюдавшихся нами детей с аутизмом Аспергера отмечалась одаренность в той или иной области, причем,

эти таланты проявлялись с раннего детства на фоне опережающего развития. Кроме того почти все дети обладали прекрасной, часто «зеркальной» памятью, они проявляли особые математические, литературные, художественные способности или необычную легкость в усвоении иностранных языков. По словам Аспергера [9] «возникает впечатление, что в качестве компенсации они наделены гипертрофированными способностями, как бы в противовес их значительным дефектам».

Аспергер считал, что «в подавляющем большинстве случаев они достигают довольно многого в профессиональном отношении, следствием чего является и хорошая социальная адаптация, часто они занимают высокие посты, часто добиваются выдающихся успехов...». К сожалению, согласно нашим наблюдениям, дети с аутизмом Аспергера на пути своего взросления встречают огромные трудности адаптации, что более всего связано с неприятием такого ребенка обществом и разногласиями в определении коррекционной работы разными специалистами. Такие дети часто не умеют играть, не слышат замечаний, не выполняют требований воспитателя, не хотят соблюдать принятый в дошкольном или школьном учреждении режим. Они уходят с занятий в детском саду (им не интересно), не хотят ходить строем, браться за руки. Они кажутся невоспитанными из-за того, что не чувствуют дистанции, говорят взрослым все, что думают.

Их реакции часто непредсказуемы и нелепы, а высказывания, необычайно меткие и по-взрослому сформулированные, воспринимаются как оскорбления. В результате сверстники если не дразнят, обижают, бьют такого ребенка, то активно его игнорируют. Он слишком отличается от других детей – непосредственных,

активных, милых, покладистых, активных, увлеченных игрой и общением, озорных, эмоциональных, веселых. Он – другой, ни на кого не похожий, странный, чудной, не понятный и всем мешающий, а главное, не вызывающий чувств со стороны посторонних взрослых. Рано или поздно его стараются вывести из детского сада, и он воспитывается дома, совсем лишенный контакта со сверстниками, или воспитывается в коррекционном детском саду, что с учетом высоких способностей ребенка является неадекватным.

Несмотря на высокие познавательные способности, дети с синдромом Аспергера далеко не всегда отлично учатся в школе. Для них скучны повседневные уроки, рутинные задания, они уже к 1 классу много знают и умеют, и выписывание палочек и крючочков их утомляет и раздражает. На уроках они выглядят отрешенными, не слушают объяснений педагога, пребывая в своих фантазиях.

Их интересы не понятны другим детям; чудачества и оригинальность поведения становятся поводом для насмешек и серьезных конфликтов. Школьные педагоги не всегда «разгадывают» уникальность способностей ребенка, а нередко даже направляют его на консультацию дефектолога с подозрением на умственную отсталость. Странности поведения, неприветливость, бестактность такого ребенка держат педагогов в постоянном напряжении, и при любом подходящем поводе (наконец, подрался, защищая свою честь, нахамил директору, обвинил учителя в некомпетентности и т.п.) его выдворяют из школы.

В семье одаренность ребенка, как правило, является предметом гордости и надежды, но именно стремление во что бы то ни стало уберечь этот дар зачастую приводит к уродливым способам воспитания и трудно разрешимым конфликтам. Родители, не

довольные системой обучения, под воздействием психологов или педагогов переводят ребенка из школы в школу – из лицея в обычную школу, из обычной школы в частную, потом – в другую частную, в школу надомного обучения, на экстернат и т.д. Между тем для ребенка с аутистическими особенностями показан неизменный детский коллектив на протяжении длительного времени.

В некоторых случаях при понимании родителями особенностей своего ребенка и благодаря воспитательным усилиям и терпимости родителей и педагогов, дети постепенно адаптируются к школьному обучению, но в ряде случаев эта адаптация может требовать специальных медико-педагогических мероприятий.

К пубертатному возрасту ребенок начинает осознавать себя «инаким», чужаком, «лишним»; многогранный, яркий окружающий мир кажется ему тусклым или пугающим; теряется уверенность в будущем. В подростковом возрасте у таких детей начинаются затяжные депрессивные состояния с вялостью, снижением активности, страхом перед будущим, полной утратой мотивации – очень опасные в плане суицидального поведения. Как правило, в подростковом возрасте дети впервые оказываются на приеме у психиатра, и тогда становятся очевидными все ошибки, сделанные специалистами и родителями на протяжении жизни ребенка.

Во-первых, все усилия, особенно в первые годы жизни «особого» ребенка, направлены на развитие его уникальных способностей, в то время как главная задача должна состоять в том, чтобы сделать его похожим на других детей, приемлемым для детского коллектива, учить играть и показывать многогранность мира, несмотря на незаинтересованность или даже явное противодействие ребенка,

искать зону возможного увлечения, поощрять и помогать в возникновении любых позитивных контактов.

Во-вторых, рекомендации домашнего воспитания и образования не могут быть адекватными, поскольку ребенок в изоляции не только не приобретает элементарных социальных и коммуникативных навыков, но все больше и больше погружается в свой собственный внутренний мир, социально инвалидизируясь.

В-третьих, многие психологи советуют раннее начало обучения (с 5-6-летнего возраста), имея в виду сверхраннее интеллектуальное развитие ребенка, но совсем не учитывая, что в эмоциональном, социальном, а иногда и физическом развитии ребенок значительно отстает даже от сверстников. Не менее опасным, с нашей точки зрения, является и длительное домашнее обучение с поздним началом классно-урочного обучения, например, начиная сразу с 4-5-го класса.

Наконец, до сих пор многие психологи и педагоги настраивают родителей против обращения к психиатру. Действительно, лечить медикаментами характер не имеет смысла, но только врач может дифференцировать психопатию от процессуального заболевания, озвучить прогноз, дать рекомендации по немедикаментозной помощи (например, индивидуальной, групповой, семейной психотерапии, кинезиотерапии, игротерапии и т.п.). Во многих случаях необходима и временная медикаментозная терапия – при личностных декомпенсациях, обусловленных стрессовыми ситуациями или соматическими заболеваниями.

Противоречивость рекомендаций и действий специалистов в коррекционной помощи ребенку с аутистическими особенностями определенно вредит реализации способностей ребенка в будущем. Вероятно, проблемы адаптации с выбором возраста, места, формы

обучения, необходимости медицинской, психологической и психотерапевтической помощи должны решаться только междисциплинарно, хотя до сих пор механизмов такой коллегиальности не выработано.

Список литературы

1. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1974. – Вып. – 10. – С.15-38.
2. Вроно М.Ш. Шизофрения в детском возрасте. – М. : «Медицина», 1971.
3. Гиляровский В.А. Профилактика нервных и психических болезней детского возраста. В кн.: Профилактика нервных и психических заболеваний. – М., 1928. – С. 40.
4. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. – М., 1927.
5. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л. : «Медицина», 1981. – 190 с.
6. Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А., Проселкова М.Е., Голубева М.И., Полякова Е.О. Актуальные проблемы психического здоровья детей раннего возраста // Сб. V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – 2013. – С.3-4.
7. Озерцкий Н.И. Психопатология детского возраста. – Л., 1938.
8. Сухарева Г.Е. К проблеме структуры и динамики детских конституциональных психопатий (шизоидные формы) // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1930. – Вып. 6. – С.64.
9. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter // Archiv für Psychiatrie und Nerven Krankheiten. – 1944. – 117. – pp.76-

136.

10. Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact // Nerv. Child. – 1943. – №2-3. – Pp.217-250.

11. Kanner L. Childhood psychosis: initial studies and new insights. Washington, 1973.

Психологическая реабилитация детей-сирот с ограниченными возможностями здоровья в условиях Центра содействия семейному воспитанию

*Меньшов В.А., Комарова С.В., Ращупкина Н.С.,
ГБУ ЦССВ «Наш дом», Москва*

*В одном месте нельзя собирать столько горя.
Из практики работы учреждений для детей-сирот*

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема социальной адаптации детей-сирот и оставшихся без попечения, воспитывающихся в институциональных условиях. Авторы обосновывают несостоятельность существующей системы институционального воспитания. Раскрывается идея комплексного подхода к психологической реабилитации воспитанников, основанного на социальном партнерстве ребенка, семьи, представителей общественных институтов.

Ключевые слова. Дети-сироты, дети-оставшиеся без попечения родителей, проблемы социализации, Центр содействия семейного воспитания, комплексный подход к психологической реабилитации,

семейные воспитательные группы, социально-психологическое сопровождение.

Abstract. This article considers the problems of the social adaptation of the orphans in institutions. The authors give proves of the failure of present institutional system in Russia. The idea of the comprehensive approach to the psychological rehabilitation based on the social partnership of the child, his or her family and institutional settings' representatives is proposed.

Keywords. Orphans in institutions, problems of the socialization, comprehensive approach to the psychological rehabilitation, The Family Upbringing Assistance Centre, social and psychological support system.

Статистика по проблеме детей-сирот в России вселяет мало оптимизма. Россия – лидер среди стран Европы и США по количеству детей-сирот.

Количество таких детей не уменьшается: если в 1946 году в СССР было 600 000 сирот, то в России 2013 года их 643 757. При этом 90% сирот России – сироты при живых родителях, их родители лишены родительских прав.

Давно ни у кого не вызывает сомнения, что существующая в России система воспитания детей-сирот имеет серьезные недостатки. Эта проблема широко обсуждается в прессе, на телевидении, в профессиональных сообществах педагогов и психологов. Если задаться вопросом: «Что не так?», ответ один – выпускники, выходящие за порог сиротского учреждения в 18 лет, не могут найти свою нишу в обществе, зачастую не могут даже решить простейшие бытовые вопросы. Им трудно оплатить счета за коммунальные услуги,

получить справку в государственном учреждении, купить одежду по сезону и своим доходам... этот список можно продолжать бесконечно. Эти проблемы особенно остро стоят в жизни выпускников сиротских учреждений, имеющие особенности в психическом развитии. Причины такой беспомощности, инфантильности, которые часто приводят к асоциальному поведению вчерашних примерных воспитанников детских домов, на удивление просты.

Воспитывающийся в детском доме ребенок лишен родительской ласки, достаточного количества персонального внимания к себе, в результате у него не формируется привязанность ни к одному взрослому. А именно такая привязанность важна для развития у ребенка собственного «Я», для его осознания своего места среди людей. Если же, по счастливой случайности, ребенку-сироте удалось привязаться к кому-то из педагогов, что чаще всего происходит в младшем дошкольном возрасте, когда ребенок «ищет» близкого человека, эта связь в большинстве случаев прерывается из-за перевода ребенка в другое сиротское учреждение «по возрасту».

Стоит ли говорить, что в этом случае меняется не только коллектив педагогов, но и детский коллектив, зачастую разлучаются кровные братья и сестры (один вырос, а другого еще рано переводить), что создает дополнительную травмирующую ситуацию для ребенка. Он живет «в мире чужих людей». Не нужно быть специалистом в детской психологии, чтобы понять, насколько отрицательно это влияет на формирование личности маленького человека.

Бытовая беспомощность тоже одна из характерных черт выпускника-сироты. Но может ли быть иначе, если он, живя в детском доме, не имеет возможности сам готовить еду, ходить в магазины,

приобретать вещи в соответствии с личными предпочтениями и т.д. Даже подростки, живя в детском доме, часто не знают свой размер одежды и обуви.

А еще, из-за недостаточности опыта в самостоятельном решении бытовых проблем, выпускники имеют трудности при оплате коммунальных услуг, обращении в различные социальные службы, медицинские учреждения и т.д. Молодые люди не умеют строить разговор, выслушивать и перерабатывать полученную информацию, а самое главное, они ждут, что все **обязаны** помогать им. Даже работать многие дети после окончания школы не хотят, так как существующее в настоящее время социальное пособие позволяет вести безбедное существование. Такая позиция иждивенчества, потребительское отношение к обществу тоже родом из детского дома, где все можно получить, и ни за что нет персональной ответственности.

Проблемы формирования навыков общения у ребенка-сироты усугубляются, если он воспитывается в условиях школы-интерната. В этом случае круг его общения на все годы учения замкнут коллективом детей, которые живут в этом интернате, и взрослых, работающих в нем. Конечно, дети ездят на культурно-массовые мероприятия, некоторые имеют знакомых за стенами учреждения, но, тем не менее, большую часть времени они проводят «со своими», а значит, лишаются возможности видеть, как же живут и общаются люди в обществе ежедневно, а не только на праздниках, концертах и фестивалях. Дети-сироты не имеют шанса наблюдать за различными моделями отношений между людьми, попадать в различные ситуации, в том числе конфликтные, и самостоятельно из них выходить.

Здесь нужно заметить, что вообще решать что-либо самостоятельно для ребенка-сироты большая роскошь, т.к. вся его жизнь подчинена режиму и распорядку, а педагоги, как бы они ни хотели, не могут в полной мере учитывать индивидуальные предпочтения всех детей, так как детей много, а педагог один.

Даже попытки организовать самостоятельную деятельность детей в пространстве учреждения в большинстве своем не могут быть реализованы полностью, поскольку именно это пространство их ограничивает. Здания, в которых расположено подавляющее большинство детских домов и интернатов спроектированы таким образом, что у детей не может быть своего, личного места, возможности уединиться, а значит и у педагога нет возможности предоставить детям выбор желаемой в данный момент деятельности. Очевидно, что недостаток площадей, а точнее – отсутствие индивидуального подхода в планировке сиротских учреждений, приводят к ситуации постоянного пребывания ребенка в большом скоплении людей, что становится причиной повышенной раздражительности, перевозбуждения, а значит – возникновения конфликтных ситуаций, существования детей в ситуации тревоги и психологического напряжения.

При «расселении» детей нет возможности компактно расположить разновозрастные и разнополые группы, чтобы максимально приблизить повседневное общение детей к модели семьи (разные по возрасту братья и сестры вместе с воспитателем ведут хозяйство, помогают друг другу, взрослеют на глазах друг у друга). Именно ограниченность пространства диктует необходимость комплектования в сиротских учреждениях групп детей одного возраста, а в лучшем случае разновозрастных, но однополых.

Перечислив лишь малую толику проблем, рождаемых существующей системой воспитания детей-сирот, нельзя обойти вниманием систему замещающей семейной заботы, активно развивающуюся в последние годы и уже нуждающуюся в существенной доработке. Практика работы с семьями, воспитывающими детей-сирот (патронат, опека, приемная семья, усыновление) показывает, что эти семьи в большинстве случаев испытывают трудности на этапах адаптации и дальнейшего проживания ребенка-сироты в семье. Отсутствие своевременной помощи специалистов к такой семье может привести к ее распаду и возвращению ребенка в сиротское учреждение.

Также остается нерешенной проблема кровных семей на этапе лишения родительских прав, изъятия и возможного возвращения ребенка в семью.

Решение изложенных проблем возможно путем создания учреждения нового типа, целями которого было бы:

- создание для детей-сирот условий, приближенных к жизни в семье (за счет обновления структуры учреждения и использования современных подходов к построению деятельности педагогического коллектива, а также за счет снижения возраста поступления ребенка в учреждение (3 года);

- организация индивидуального психолого-педагогического сопровождения и проектирования развития каждого ребенка (с опорой на зоны актуального и ближайшего развития);

- личностное развитие каждого воспитанника с учетом его потребностей, интересов и возможностей посредством организации широкого спектра деятельности (студии, секции, мастерские по интересам, факультативы по учебным предметам, психологические и

досуговые мероприятия, направленные на формирование коммуникативной компетентности);

– сопровождение выпускников на этапе вхождения их в самостоятельную жизнь (индивидуальное курирование психологом и\или социальным педагогом; групповые моделирующие тренинги по формированию и закреплению социально-бытовых и коммуникативных навыков; предоставление возможности индивидуального проживания в учебных квартирах до выхода из учреждения; пролонгирование курирования воспитанника до 23 лет);

– реализация права ребенка-сироты жить в условиях семьи посредством оказания профессиональной помощи семьям, воспитывающим детей-сирот в условиях замещающей семейной заботы;

– оказание помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации: профессиональная поддержка семей, находящихся на этапе восстановления (ограничения) в родительских правах.

Для достижения поставленных целей в основу концепции нового учреждения – **Центра содействия семейному воспитанию**, положен принцип социального партнерства с ребенком, семьей, представителями общественных институтов. На наш взгляд это позволит увеличить число детей-сирот, воспитывающихся в условиях замещающей семейной заботы, а также уменьшить число семей, находящихся в ситуации ограничения или лишения родительских прав.

Таким образом, можно конкретизировать задачи нового учреждения:

1. Обеспечение детей безопасными, стабильными, эмоционально благоприятными условиями жизни.

2. Оказание помощи в процессе вхождения воспитанников в общество через формирование их личностной и социальной зрелости.

3. Снижение влияния последствий внесемейного воспитания на развитие и социализацию ребенка-сироты.

4. Оказание социально-правовой помощи воспитанникам учреждения и выпускникам из числа детей-сирот.

5. Психолого-педагогическое сопровождение детей-сирот в соответствии с их индивидуальными и возрастными особенностями.

6. Содействие в реализации права детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, жить и воспитываться в семье.

7. Оказание медицинской, психолого-педагогической и социально-правовой помощи замещающим и неблагополучным кровным семьям.

Идея нового учреждения объединяет в себе опыт практической работы сиротских учреждений г. Москвы с известным позитивным опытом работы социальных служб Финляндии, Швеции.

Принципиально новые идеи данной модели:

– приоритетность сохранения для ребенка кровной семьи (работа с кровной семьей, социальный патронаж),

– направленность на передачу ребенка в замещающую семью при невозможности сохранения кровной семьи,

– создание условий для формирования привязанности у ребенка, проживающего в учреждении, в случае невозможности передачи его в семью (за счет новой системы работы воспитателей по принципу «близкий взрослый»).

Один из первых в Москве Центров содействия семейному воспитанию, ГБУ ЦССВ «Наш дом», появился в апреле 2013 года. Возникновение Центра продиктовано необходимостью создания

единого реабилитационного пространства с возможностью оказания комплекса социально-правовых и психолого-педагогических услуг различным категориям семей и детей, нуждающихся в помощи государства.

В рамках реорганизации в Центре «Наш дом» объединены три учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, Департамента социальной защиты населения города Москвы: ГБОУ Специальная (коррекционная) школа-интернат №8 для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья, ГБОУ Детский дом №11, ГБОУ Детский дом «Молодая гвардия». Они преобразованы в Центр содействия семейному воспитанию «Наш дом».

В процессе создания Центра использован богатый разноплановый опыт реорганизуемых учреждений:

Детский дом № 11 – опыт воспитания детей дошкольного возраста, передачи их под замещающую семейную заботу, оказание широкого спектра коррекционно-реабилитационных услуг.

Школа-интернат № 8 – опыт семейного жизнеустройства детей-сирот, подготовки и сопровождения замещающих семей, оказания услуг социального патроната, реализации программ постинтернатной адаптации молодых людей из числа выпускников.

Детский дом «Молодая гвардия» – опыт организации проживания воспитанников в условиях групп семейного типа.

Структурно в «**Нашем доме**» выделяются семь отделов:

- ✓ Отдел социального патроната и работы с кровной семьей воспитанников;
- ✓ Семейный отдел,
- ✓ Отдел реабилитации и коррекции,

- ✓ Отдел социально-правового сопровождения воспитанников,
- ✓ «Школа приёмных родителей»,
- ✓ Отдел сопровождения семей, принявших детей на воспитание,
- ✓ Отдел постинтернатного патроната.

Деятельность **отдела социального патроната и работы с кровной семьей воспитанников** направлена на реализацию права детей, нуждающихся в помощи государства, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения, жить и воспитываться в семье.

В части, касающейся профилактики социального сиротства, организация оказывает государственную услугу социального патроната над детьми, нуждающимися в помощи государства. Оказывается психологическая, педагогическая и социальная помощь семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, что в ряде случаев позволяет избежать трагических последствий – изъятия ребенка из семьи. Одна из возможных форм поддержки семьи – временное помещение ребенка в учреждение, если условия его пребывания в семье препятствуют полноценному развитию, а также в случае болезни родителей или при наличии других индивидуальных обстоятельств.

Деятельность отдела ориентирована на возвращение воспитанников в кровные семьи или оказание помощи в налаживании и поддержании отношений ребенка и семьи, в случае невозможности возвращения, что ранее не рассматривалось как задача учреждения для детей-сирот. Это, несомненно, являлось одним из препятствий психологической реабилитации детей, оторванных от близких и родных людей.

Основные этапы восстановления семейных отношений – оценка ресурсности семьи, мотивирование родственников на возвращение ребенка в семью, проведение комплекса психологических и социально-педагогических мероприятий для нормализации ситуации в семье, возвращение ребенка, а для достижения стабильного результата – сопровождение ребенка в семье на условиях социального патроната.

Дети, передача которых в семью по различным причинам невозможна, живут в Центре в семейных разновозрастных группах, где создаются условия для круглосуточного проживания детей в возрасте от 3 до 18 лет. Функционирование групп обеспечивают специалисты **Семейного отдела**. Важная задача – максимальное приближение условий жизни воспитанников к естественным, семейным. Ключевые идеи этого направления:

- идея ценности семьи и ее ответственности за судьбу Человека;
- идея разновозрастных групп как способ приближения условий среды жизнедеятельности к семейным;
- идея взаимной заботы членов группы-«семьи» друг о друге и передачи социального и бытового опыта от старших младшим;
- идея освоения социальных ролей в группе-«семье»;
- идея здорового образа жизни семьи;
- идея семейной поддержки и комплексного (медико-психологического, социально-бытового и психолого-педагогического) сопровождения социализации детей и подростков.

Основные понятия, реализуемые при построении воспитательного процесса:

– Группа-«семья» в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей — контактная малая группа друзей

(если возможно — родственников и земляков) разного возраста, объединенная общим местом проживания — квартирой, отношениями взаимной заботы и ответственной зависимости, в которой взрослые воспитатели и старшие воспитанники играют роль родителей.

– Группе-«семье» присущи (кроме вышеобозначенных) следующие признаки:

▪ ценностно-ориентационное единство (по А.В. Петровскому), наличие группового мнения и его референтность (значимость) для членов «семьи»;

▪ четко выраженная групповая самоидентификация и наличие собственных (отличных от других групп) способов общения, правил общежития, социальных санкций, групповой символики и других традиций;

▪ гуманность межличностных отношений, обеспечивающих психологическую комфортность, физическую, социальную и экономическую защищенность в группе-«семье» каждого ее члена;

▪ наличие в группе-«семье» индивидуального персонализированного пространства у каждого ее члена.

Социально развитая группа-«семья» выполняет функции:

– защитную — каждый в своей группе свободно может чувствовать себя самим собой, получает реальную разнообразную поддержку;

– досуговую, поскольку свободное время, досуг — важные моменты групповой жизнедеятельности;

– социализирующую — группа-«семья» является коллективным воспитателем культуры поведения и ретранслятором социального опыта;

– функцию регуляции и стимулирования социального поведения,

она также может применить те или иные социальные санкции.

В каждой группе-«семье» организуется воспитательный процесс – процесс целенаправленного взаимодействия воспитателей и воспитанников, ориентированный на формирование у детей и подростков семейных понятий и ценностей. Процесс осуществляется воспитателем – профессиональным педагогом, на основе систематического планирования и целенаправленной реализации методов и приемов педагогического воздействия. С учетом специфики проживания разновозрастных семейных групп средствами формирования семейных понятий и ценностей могут выступать такие виды специально организованной совместной деятельности педагогов и воспитанников как приготовление пищи, уборка помещений группы, уход за одеждой и многие другие. Учитывая существующие в настоящее время опасные тенденции в реорганизации сиротских учреждений, хочется подчеркнуть, что максимально обособленное ведение хозяйства воспитателем и воспитанниками в пределах группы – только форма работы, не обеспечивающая желаемого результата без продуманного педагогического содержания.

Таким образом, воспитательный процесс – это профессионально организованный целостный процесс, характеризующийся совместной деятельностью, сотрудничеством, культурным содержанием и методами освоения культуры. Воспитательный процесс представляет собой целостную динамическую систему, системообразующим фактором которой является цель воспитания, реализуемая во взаимодействии воспитателя и воспитанника. Цель воспитания – способствовать умственному, нравственному, эмоциональному и физическому развитию личности ребенка путем формирования семейных понятий и ценностей с учетом специфики проживания

воспитанников в разновозрастных семейных группах. Комплексный воспитательный процесс, включающий разнообразные виды совместной деятельности воспитанников и педагогов (можно указать виды), способствует равномерному и стабильному личностному развитию ребенка в условиях институционализации.

Непосредственно задачи психологической реабилитации воспитанников в условиях Центра содействия семейному воспитанию решает **Отдел реабилитации и коррекции**. Целями деятельности Отдела являются определение, разработка и реализация эффективных мер психолого-медико-педагогического воздействия в процессе социально-педагогической коррекции и реабилитации детей и подростков, воспитывающихся в ЦССВ «Наш дом».

Задачи Отдела конкретизируются в следующих положениях:

–выявление особенностей развития детей и их способностей к обучению в различных условиях образовательной среды;

–коррекционно-развивающая и лечебно-профилактическая работа с детьми, в том числе логопедическая коррекция;

–психокоррекционная работа, направленная на:

- повышение познавательной активности детей и помощь в развитии основных психических функций;

- коррекцию эмоционально-личностного поведения;

- развитие произвольной регуляции деятельности;

- развитие коммуникативных навыков;

– индивидуальная психологическая реабилитация детей и подростков, воспитывающихся в условиях депривации;

– психокоррекционная работа с трудновоспитуемыми детьми старшего школьного возраста, а так же подростками и детьми «группы риска»;

– разработка, апробация и внедрение новых психолого-педагогических технологий применительно к различным группам детей, имеющих ограниченные возможности здоровья и проблемы в развитии, обучении, общении, поведении;

– консультативная и коррекционно-развивающая работа по подготовке воспитанников ЦССВ «Наш дом» к замещающей семейной заботе и содействие специалистам учреждения в работе по устройству детей в семьи.

Пребывание детей-сирот в учреждении предполагает также решение задач защиты их прав и имущественных и неимущественных интересов. Эта деятельность, несомненно, является одним из компонентов психологической реабилитации воспитанников, поскольку позволяет формировать у них чувство социальной защищенности, способствует адаптации в современном обществе. Однако, в аспекте психологической реабилитации важно, чтобы деятельность специалистов по социально-правовой защите носила субъектный характер по отношению к воспитанникам. Для решения задач социально-правовой защиты в структуре Центра работает **Социально-правовой отдел**. Его основные функции:

- оформление личных документов воспитанников (паспорт, загранпаспорт, свидетельство ИНН, социальная карта москвича, сберегательная книжка, страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, приписное свидетельство, военный билет);

- оформление воспитанникам выплат в установленном законом порядке и контроль за своевременностью их поступления (пенсия, единая компенсационная выплата);

- взыскание в пользу воспитанников алиментов в установленном законом порядке, контроль за своевременностью поступления алиментных выплат;

- контроль сохранности жилых помещений, закрепленных за несовершеннолетними, находящимися под надзором в ГБОУ ЦССВ «Наш дом»;

- представительство интересов воспитанников в суде, прокуратуре и иных правоохранительных органах;

- просветительская работа с воспитанниками по вопросам их законных прав и обязанностей;

- содействие воспитанникам ГБУ ЦССВ «Наш дом» в снятии денежных средств с их лицевых счетов (в установленном законом порядке);

- взаимодействие с органами исполнительной власти по вопросам предоставления воспитанникам жилых помещений.

Процесс психологической реабилитации воспитанников из числа детей-сирот, имеющих особенности развития, в большинстве случаев не завершается с выпуском молодых людей в самостоятельную жизнь. В этой связи важным элементом в структуре учреждения является **Отдел постинтернатного патронажа.**

Целью деятельности Отдела является оказание комплексной психолого-педагогической, социальной и правовой помощи воспитанникам на этапе подготовки к выпуску из учреждения и выпускникам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения

родителей, в возрасте до 23 лет и старше (в исключительных случаях).

Задачами Отдела, в числе других, являются:

– Оказание социальной, педагогической, психологической и других видов помощи выпускникам, находящимся на постинтернатном патронате на основе соответствующего договора.

– Повышение правовой грамотности и социальной компетентности воспитанников, готовящихся к выпуску из учреждения и выпускников, находящихся на постинтернатном патронате.

– Оказание экстренной социально-правовой и психологической помощи лицам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

– Анализ и прогнозирование нуждаемости в различных видах помощи выпускников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Как элемент психологической реабилитации воспитанников на этапе подготовки к выходу в самостоятельную жизнь зарекомендовала себя как эффективная программа комплексного социально-психологического сопровождения и адаптации будущих выпускников позволяет решать программа «Уроки самостоятельной жизни».

Подготовка к самостоятельному ведению хозяйства – одно из важнейших направлений социализации детей, воспитывающихся вне семьи. Для его реализации в учебно-воспитательном процессе детского дома или школы-интерната, где живут такие дети, выделяются целевые направления в воспитательном процессе, вводятся различные курсы, факультативные занятия. Дети, обучающиеся по программам для специальных (коррекционных) школ

VIII вида в рамках учебного процесса с 5 класса включаются в специальные (коррекционные) занятия социально-бытовой ориентировкой, которые направлены на «практическую подготовку детей к самостоятельной жизни и труду, на формирование у них знаний и умений, способствующих социальной адаптации, на повышение уровня общего развития учащихся» («Программы специальной (коррекционной) образовательной школы VIII вида под ред. В.В. Воронковой, программа «Социально-бытовая ориентировка»).

Накопленный многолетний опыт позволяет говорить о дефиците таких форм работы, которые представляли бы воспитанникам-сиротам возможность на практике применить полученные знания о ведении домашнего хозяйства, закрепить умения, т.е. получить индивидуальный опыт хозяйствования, который невозможно приобрести в ходе теоретических занятий. Осознание этой проблемы привело к мысли о создании настоящей программы, которая начала реализовываться еще до реорганизации учреждения.

Основная цель программы – создать условия для формирования практических умений в области ведения домашнего хозяйства у воспитанников-сирот с интеллектуальной недостаточностью.

Участие в программе должно помочь подросткам, готовящимся к выпуску в самостоятельную жизнь, на практике закрепить полученные ранее на уроках и занятиях умения в области личной гигиены, поддержания жилища в чистоте, кулинарии, ухода за одеждой и обувью, а также получить первый самостоятельный опыт ведения бюджета, составления меню, распределения времени между делами и досугом.

Учитывая цель и задачи программы, основная форма ее реализации – самостоятельное проживание воспитанников в «квартирах», оборудованных всем необходимым для жизни и ведения хозяйства.

Для реализации программы в учреждении оборудовано две квартиры, в которых подростки самостоятельно проживают в течение 1 недели (1 этап программы, а затем 2-х недель (2 этап программы).

Самостоятельное проживание предполагает ведение бюджета исходя из суммы, выделенной на время проживания, осуществление необходимых покупок, организацию своего времени (в т.ч. подготовка уроков и досуг), приготовление пищи и самостоятельное решение всех других бытовых вопросов.

В целом в течение всех лет реализации программы (а работала она в школе-интернате №8 с 2005 года) подростки с интересом принимали в ней участие. На заключительных собраниях, проходивших ежегодно, участники отметили, что многому научились, закрепили и развили многие бытовые навыки. Особенное значение придавали умению готовить пищу. Также положительные отзывы о ходе программы и ее результативности были получены в ходе анкетирования воспитателей.

Вместе с тем, возникали и организационные проблемы в реализации программы. В ряде случаев подростки были не готовы к самостоятельной регуляции своих действий, планированию времени, рациональному обращению с деньгами. Первый год работы «Уроков самостоятельной жизни» показал необходимость более раннего «включения» старшеклассников в программу, обязательность оказания дозированной помощи в процессе проживания подростка в

квартире, более тщательной разработки психологического сопровождения программы.

Продолжая разговор об организации комплексной психологической реабилитации детей-сирот, воспитывающихся в институциональных условиях, нельзя обойти вниманием важнейший вопрос о содействии семейному жизнеустройству воспитанников. В этой связи, по нашему мнению, в структуре учреждения, где проживают воспитанники, лишенные семейного попечения, необходимы целевые структурные подразделения. В структуре Центра «Наш дом» это «Школа приемных родителей» и «Отдел сопровождения замещающих семей».

Основные направления деятельности **«Школы приемных родителей»** осуществление психолого-педагогической и правовой подготовки лиц, желающих принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей для принятия ими ответственного, взвешенного решения относительно приёма ребенка (детей), оставшегося без попечения родителей, в свою семью, а также профилактическая и просветительская деятельность по повышению общественной зрелости в отношении проблемы сиротства и культуры сотрудничества замещающих семей.

Целью деятельности **Отдела сопровождения замещающих семей** является помощь семье, принявшей на воспитание ребенка-сироту, в создании условий для благоприятного развития и социализации подопечного, профилактика помещения ребенка в организацию для детей-сирот.

Сопровождение семьи основывается на принципах соблюдения прав семьи на автономию, признание ценности и уникальности ее опыта; соответствия потребностям и интересам ребенка; адресности

помощи; конфиденциальности, в рамках действующего законодательства; профессиональной компетентности специалистов отдела сопровождения.

Достижение поставленной цели предполагает решение целого ряда задач сопровождения:

- Помощь семье в создании условий, необходимых для осуществления эффективной замещающей семейной заботы, профилактика кризисных ситуаций в семье.

- Реализация проекта индивидуальной программы сопровождения семьи в соответствие с её потребностями и учетом социальных, семейных и личностных факторов.

- Организация помощи замещающим семьям в общении с биологическими родителями принятого в семью ребенка и его родственниками.

- Развитие форм взаимодействия и общения замещающих семей, содействие формированию сообщества замещающих родителей.

- Принятие мер по обеспечению учета индивидуальных особенностей и задач развития воспитанников ГБУ ЦССВ «Наш дом» при устройстве в замещающие семьи.

Ближайшие перспективы развития учреждения связаны с расширением возможностей психологической реабилитации воспитанников и клиентов Центра, что предполагает реализацию **проекта квартирного проживания семейных групп**: группы-семьи из 5–7 детей в сопровождении 2х воспитателей проживают в благоустроенных квартирах многоквартирных домов гор. Москвы. Медицинскую помощь дети получают на общих основаниях с московскими детьми, воспитывающимися в семьях. Также они

посещают общеобразовательные детские сады, школы, учреждения дополнительного образования.

Еще одним структурным элементом модели видится **ПОДВОРЬЕ** – фермерское хозяйство, обеспечивающее психологическую разгрузку воспитанникам, профессиональную ориентацию старших воспитанников, создание рабочих мест для выпускников, испытывающих временные трудности при адаптации в трудовых коллективах предприятий города, а также производство экологически чистых продуктов для нужд Центра.

Целесообразно предусмотреть и другие возможности для самореализации воспитанников, в зависимости от их потребностей и материальных возможностей проекта, что расширит возможности психологической реабилитации.

Психологическая помощь родителям в младшем ожоговом отделении

*Шноль С.Л.,
БФ «Детская больница»
при ДГКБ №9 им. Сперанского, Москва*

Аннотация. Основой этой статьи послужил многолетний опыт психологического сопровождения семей, в которых дети получили ожоговую травму. В статье описана работа психологов в ожоговом центре ДГКБ №9 им. Сперанского. Мы исследовали механизмы возникновения различных переживаний (вины, страха, утраты) у родителей и способы работы ними. Мы рассмотрели, как меняется состояние родителей на протяжении пребывания в больнице вместе с ребёнком. Каждому этапу соответствуют определённые

психотерапевтические интервенции. Также в статье приводятся описания случаев, иллюстрирующие основные мысли.

Ключевые слова: материнское присутствие, материнская компетенция, работа с переживаниями, профилактика повторной травматизации.

Abstract. This article is the results of the research done by the psychologists of the Speransky Children Hospital. We think that parents' support is one of the most important elements of psychological rehabilitation. It appeared that parents, whose kids suffered from a burn feel various emotions like fear, anger, the feels of guilt and loss. Our psychologists help them to find a way out of complicated situations. The main ideas of the article are illustrated with the real-life cases.

Keywords. Mother's presence, mother's competence, working with feelings and emotions, prevention of a retraumatisation.

Психотерапевтическое сопровождение в младшем ожоговом отделении адресовано по большей части не самим детям, а их матерям, поскольку дети в этом отделении слишком малы, чтобы нуждаться в чьей-либо профессиональной поддержке. Для профилактики психической травмы им нужно лишь присутствие матери. Под присутствием мы понимаем не только физическое пребывание в больнице вместе с ребёнком, но и достаточную включённость в его переживания, возможность заботиться о нём, осознавать и принимать изменения, происходящие с ребёнком в результате ожоговой травмы.

В этой статье мы рассмотрим факторы, мешающие матерям полноценно присутствовать рядом со своими детьми, а также

факторы, которые помогают восстановить материнское присутствие, вернуть матерям устойчивость и способность гибко реагировать на изменения и новизну в ситуации.

В первые минуты и часы после ожога сам ребёнок и его родители переживают ряд событий, которые могут привести к растерянности, потере ориентации вплоть до острой стрессовой реакции. Острая стрессовая реакция может проявляться как субъективное ощущение «приглушенности», отсутствия или удаленности ощущений во время травматического события, суженное восприятие окружения, восприятия нереальности событий, «искаженное» восприятие собственной персоны, полная или частичная амнезия на травматические события.

Матери, с которыми мы встречаемся в ожоговом отделении в течение первых часов после травмы, говорят о полном непонимании того, что происходит и невозможности соотнести эту ситуацию с собственным опытом. «Это происходит как будто не со мной», – так довольно часто они характеризуют своё состояние. Факторы, способствующие возникновению крайней растерянности – сильнейший страх за ребёнка, переживание угрозы его жизни (это может быть даже в случае незначительного ожога), резкое изменение течения жизни и невозможность прогнозировать её дальнейший ход, резкая смена обстановки и незнакомый быт, собственный опыт пребывания в больнице (или отсутствие такового).

В этом состоянии мамы с трудом воспринимают не только слова врачей о состоянии ребёнка, но даже и простую бытовую информацию о том, где в отделении находится, к примеру, буфет и туалет. Как будто мама лишь присутствует в палате лишь формально, а телом и сознанием находится где-то очень далеко.

Очевидно, что для крайне растерянной матери сотрудничество с врачами очень затруднено. Причиной тому служит вовсе не недоверие к медицинскому персоналу – в первые часы пребывания в больнице мамы чаще всего относятся к врачам, как к спасителям, и готовы выполнять их требования. Дезориентация не позволяет матери в достаточной мере включиться в выполнение задачи. Говоря обиденным языком, зачем пытаться понять, что происходит, если я очнусь от этого кошмара, и окажется, что это всего лишь страшный сон? Нередко врачи сетуют на «легкомысленность» мам, которые выглядят так, словно ничего страшного не произошло. Для нас, психологов, это тревожный сигнал. Внешняя «беспечность» говорит нам о том, что у матери попросту не хватает психических ресурсов, чтобы встретиться с действительностью.

В этот момент помощь психолога заключается в том, чтобы сделать возможным для матери ясное осознание того, что с нею происходит в настоящий момент. Задавая простые вопросы о том, как её зовут, кто ещё есть в её семье, где она живёт, психолог помогает матери ребёнка вновь осознать себя частью действительности, вернуться в контекст. Обращая внимание на телесные проявления (главным образом – дыхание, выражение лица, голос, напряжение в теле и т.д.), психолог помогает сфокусироваться на настоящем, сформулировать названия для своих переживаний. Даже если мама может сказать о себе лишь «Я очень растеряна сейчас» или «Я просто в ужасе», этого бывает достаточно для того, чтобы возвращение в действительность началось. В соответствии с гештальт-теорией мы придерживаемся мнения, что осознание и называние переживания даёт возможность завершить его и перейти к следующему, тогда как

попытка игнорировать наличное переживание приводит лишь к «застреванию» в нём.

Результатом работы психолога на этом этапе будет более полная вовлечённость матери в ситуацию. Она сможет пристально видеть своего ребёнка и реагировать на него более тепло и включённо (мимикой, модуляциями голоса), яснее слышать указания врачей и медсестёр и более полноценно сотрудничать с ними.

Наш опыт говорит о том, что работу по преодолению растерянности или шока лучше доверять психологам, как внешним по отношению к лечебному процессу специалистам. Для врача матери изо всех сил стараются сохранять лицо, и им нелегко признаваться в том, что они едва понимают, что происходит.

Для детей в этот момент важнее всего физический и эмоциональный контакт с матерью, её голос, дыхание, возможность оказаться у неё на руках (если это позволяют ожоговые раны). Многие матери спрашивают, травмирует ли ребёнка ожог и последующее болезненное лечение. Опыт работы позволяет нам уверенно говорить, что включённое, не апатичное присутствие матери является надёжной профилактикой посттравматических реакций у детей младшего возраста.

Состояние матери и ребёнка в ожоговом отделении меняется очень быстро. Через 2-3 дня сильнейшая растерянность и страх за жизнь ребёнка уступают место другим переживаниям. Как бы ни сложилось пребывание в больнице, мама понимает, что ожог действительно случился, и теперь нужно как-то справляться с этим. Побывав на перевязке и увидев своими глазами ожоговые раны, матери видят, насколько серьёзна травма. Становятся примерно известны сроки лечения, необходимость операции и другие

подробности. Вместе с ясностью перспективы, которая так необходима в кризисной ситуации, приходит и ясное осознание того, что жизнь необратимо изменилась.

Основные переживания матери на этом этапе – чувство потери и чувство вины. Работа психолога в этот момент заключается в том, чтобы выяснить вместе с мамой, что в жизни семьи действительно безвозвратно утеряно, а что восстановимо. Из важных составляющих жизни, которые являются (или представляются) утерянными, матери называют здоровье ребёнка и его внешность, чувство безопасности и доверия к миру, доверие между родителями ребёнка, ощущение своей материнской компетентности, возможность строить планы. Привычный ход жизни нарушается. Мамы говорят: «Мне теперь всюду будет мерещиться опасность». Видя своего ребёнка тяжело болеющим, многие мамы не могут поверить, что он снова станет таким активным, весёлым и любознательным, каким был до травмы. Психолог расспрашивает матерей об изменениях, которые происходят, чтобы оплакать невозвратные потери и снова почувствовать надежду на восстановление того, что может быть восстановлено. Это очень важная работа, без которой мамам бывает сложно ухаживать за детьми и содействовать лечению – ведь пребывая в полном отчаянии невозможно прилагать усилия к восстановлению чего бы то ни было. Важно поддержать матерей в том, чтобы они замечали даже маленькие изменения к лучшему.

Но даже если изменения к лучшему происходят, прежняя внешность ребёнка, а также его прежние поведенческие реакции, могут быть безвозвратно утеряны, если ожог тяжёлый. Иногда матери с ужасом признают, что они «перестали узнавать своего ребёнка». Эта реакция основана на материнской физиологии, на восприятии мамой

своего ребёнка по виду, запаху, привычным движениям. Иногда матерям кажется, что тот, кого они видят перед собой – чужое дитя, которым «подменили» их собственное. Признаться в таких чувствах врачам почти невыносимо, ведь есть риск прослыть сумасшедшей. Поэтому важно, если психолог поможет легализовать переживание ужаса, утраты. Тогда мать сможет снова воссоединиться со своим ребёнком и начать заботиться о нём.

Практически все матери детей, переживших ожог, испытывают сильнейшую вину за случившееся. За годы работы мы пришли к выводу, что эта вина неоднородна, и есть два основных вида переживаний, которые матери называют «виной».

Первое – очень продуктивное переживание, позволяющее мамам заново рассмотреть ситуацию ожога и найти новые возможности для безопасных действий в подобных случаях. Обычно разговор об этом начинается со слов «Я всё прокручиваю и прокручиваю в голове, как это случилось...» Результатом такой работы нередко становится пересмотр бытовой обстановки, семейных ролей, бытовой нагрузки на каждого члена семьи, иногда речь заходит о чрезмерной самостоятельности матерей и их неспособности делегировать ответственность. Такое переосмысление – важная профилактика повторной физической травматизации. Кроме того, если мы рассматриваем саму травму как резкое прерывание сразу множества процессов, то самой адекватной помощью оказывается постепенное восстановление и завершение этих процессов, пусть даже и в виде мыслей и воспоминаний.

Второй вид переживаний, называемых виной – это потеря материнской позиции, тяжёлое и деструктивное переживание. Мама теряет уверенность в своей компетенции, боится причинить ребёнку

ещё больший вред, перестаёт доверять своему материнскому инстинкту. Опыт работы в ожоговом отделении показывает нам, что ни в коем случае нельзя оставлять без внимания это состояние. При неблагоприятных условиях (если здоровье ребёнка сильно повреждено, если отсутствует поддержка со стороны родственников, если мать услышала в свой адрес прямое обвинение в случившемся) потеря материнской позиции может стать хронической, и контакт матери ребёнком будет серьёзно нарушен. А это, в свою очередь, приводит к искажениям в психическом развитии. В этой ситуации первая, кризисная помощь психолога заключается в том, чтобы найти и назвать действия матери, обеспечивающие безопасность и заботу о ребёнке. Более глубокая работа – исследование того, каким образом жизненный опыт матери (обычно – её собственное детство) научил её сомневаться в собственной значимости.

Матери исправляют ситуацию неудачи, ухаживая за ребёнком и участвуя в лечении. Таким образом деструктивное переживание вины превращается в ответственность. Важнейшую работу по восстановлению материнской ответственности проводят сами врачи, когда рассказывают мамам о ходе лечения, предоставляют подробную информацию, для того чтобы матери могли принять решение (например, о согласии на операцию или об отказе от неё). Возможность сделать выбор в том, что касается ухода за ребёнком – необходимое условие восстановления активности матерей в ожоговом отделении. Это профилактика апатических состояний и, стало быть, основа для деятельного сотрудничества матерей и врачей.

Опыт работы с матерями в ожоговом отделении и после выписки говорит нам, что матери, склонные к самообвинению, принимают на своё счёт любые ухудшения состояния ребёнка. Парадоксальным

образом, улучшения они обычно рассматривают только как результат действия врачей или счастливую случайность. Задача психологов – помочь преодолеть дисбаланс в субъективном восприятии «правильных» и «неправильных» действий.

В качестве иллюстрации к изложенным выше утверждениям, мы хотим предложить описание двух случаев работы с матерями, чьи дети получили ожог. Имена изменены.

Случай 1. Девочка Маша получила ожоговую травму в возрасте 1 года 3 месяцев. Примерно на третий день пребывания семьи в больнице врачи сообщили маме, что, возможно, понадобится операция. С этого момента поведение матери разительно изменилось: она стала тревожной и апатичной, много плакала, хотя первые два дня была деятельной и ухаживала за дочкой. Врачи сказали, что они не могут убедить маму выполнять их предписания, что она не способна принимать решения. Оказалось, что первые два дня устойчивость мамы держалась на её представлении, что ожог вовсе не тяжёлый. Но слово «операция» показало всю серьёзность ситуации, и мама стала воспринимать случившееся как тотальный непоправимый вред. Заметим, что в оценке мамой ситуации явно присутствует полярность: либо всё в порядке, либо всё ужасно. Такое восприятие характерно для первого периода после травмы, когда на детальное рассмотрение ситуации не хватает сил. В беседе с психологом мама упомянула, что ожог случился из-за её неосторожных действий (она оставила на столе без присмотра чашку с горячим кофе). Услышав о предстоящей операции, мама полностью разуверилась в своей материнской компетенции и стала обесценивать абсолютно все свои действия по уходу за ребёнком. «Я вообще не способна быть матерью», «у меня ничего не получается», «я всё порчу» – эти обобщающие

формулировки показывают, что она перестала различать правильные и неправильные действия. Вернее, в её сознании произошла подмена утверждения «я неправильно сделала» на «я сама неправильная». Именно это переживание называется стыдом, это парализующее, угнетающее чувство, никак не приводящее человека к тому, чтобы исправлять ситуацию. Психолог стала расспрашивать маму, что она делала в первые секунды после ожога, кто вызвал «скорую помощь», кто поехал с девочкой в больницу. Оказалось, что мама сделала ряд важных действий, которые помогли спасению девочки. Затем выяснилось, что и в больнице поначалу мама продолжала совершать малозаметные, но чрезвычайно важные для ребёнка действия – подходила к дочери, брала её на руки, говорила с ней. Психолог объяснила, что именно это и является помощью, в которой нуждается девочка. В течение разговора мама стала свободнее дышать, она поверила, что по-прежнему занимает материнское место, что она не «уволена с поста». Надо ли добавлять, что на расспросы, кто ещё есть в её семье, мама с гордостью сообщила, что у неё есть старшая дочь, и оказалось, что до ожога она неизменно оставалась заботливой, опытной и внимательной мамой. Голос, взгляд, дыхание мамы изменились, она на глазах становилась всё устойчивей, снова начала улыбаться своей дочке. Зайдя к этой семье через два дня, психолог обнаружила, что мама активно ухаживает за ребёнком, выполняет указания врачей, её апатия прошла, а предстоящая операция перестала нагонять на неё парализующий ужас.

Случай 2. Этот случай показывает, чем, при неблагоприятном стечении обстоятельств, может обернуться временная потеря материнской позиции. Девочке Оле сейчас 15 лет, но травму она получила 14 лет назад, когда при ожоговом отделении ещё не была

создана служба психологической поддержки. Восстановительная работа с мамами в те времена не велась, напротив, отделение было проникнуто идеей «воздаяния по заслугам». Как уже говорилось, матери, и без того склонные к самообвинению, в такой обстановке пытаются отвечать буквально за всё, что происходит с их детьми, даже за то, что не находится в их компетенции. Именно это и произошло с Олиной мамой. Снедаемая сильнейшей тревогой и желанием исправить свою ошибку, она пыталась контролировать медицинский персонал, постоянно выясняя, какие лекарства и еду дают её дочери. В ответ на своё недоверие мама получала довольно прохладное отношение со стороны врачей, которое она, в свою очередь, воспринимала как подтверждение того, что она «провинилась». Так, трагичным образом, все мамины попытки «исправиться» приводили к тому, что она чувствовала себя всё более и более виноватой. На фоне острой вины мама видела всё, что происходило с девочкой в отделении, как результат своих ошибочных действий. Плакала ли Оля во время перевязки, случалась ли у неё рвота, поднималась ли температура – всё это представлялось маме следствием её неудач в уходе за ребёнком. Соразмерно чувству вины накапливалась и злость на врачей. Это характерное переживание в ситуации, когда мама чувствует себя беспомощной и в целом некомпетентной. Заметим, что искреннюю благодарность по отношению к врачам и медицинским сёстрам могут чувствовать только те мамы, чья материнская позиция уцелела, не разрушилась в результате неудачи. Злость и обвинения в адрес медперсонала остались актуальными для Олиной мамы по сей день. Актуальность переживаний указывает на то, что 14 лет назад у мамы произошла психическая травма, то есть событие, не становящееся прошлым и не

укладывающееся в жизненный контекст. Результатом этой травмы стало разрушение взаимодействия с ребёнком на инстинктивном уровне – мама перестала доверять себе, перестала тонко различать сигналы, исходящие от девочки. Её воздействие на дочь постепенно превращалось в управление, а тревога по поводу ребёнка только нарастала. Подростковый возраст Оли принёс дополнительные сложности, и мама нашла в себе силы обратиться за помощью к психологу. Теперь она шаг за шагом восстанавливает ситуацию в больнице, отдавая ответственность врачам, принимая свою беспомощность, отыскивая в череде событий свои правильные и важные действия и понемногу чувствуя благодарность – по отношению к врачам и к самой себе – за спасение девочки.

Подводя итог, мы с уверенностью можем сказать, что забота о состоянии матерей, находящихся в больнице вместе со своими детьми, представляется нам важнейшей частью процесса выздоровления.

Психолого-педагогические проблемы стационарированных детей с психическими заболеваниями в аспекте качества жизни

Щербакова А.М., Забавская А.А.,

ГБОУ ВПО МГППУ

Аннотация. В статье описывается исследование, посвященное выявлению психолого-педагогических проблем детей с психическими заболеваниями, проходящих длительное лечение в условиях стационара. На основании результатов исследования дана характеристика среды пребывания в лечебном учреждении с точки

зрения самих пациентов. Показана связь выявленных аспектов среды лечебного учреждения с понятием качества жизни. Даны рекомендации, направленные на повышение дружелюбности среды к ребенку, находящемуся в условиях длительной госпитализации.

Ключевые слова. Дети с психическими заболеваниями, длительная госпитализация, реабилитационная среда, качество жизни, самореализация.

Abstract. The article describes a study dedicated to finding psychological and educational problems of children with mental illnesses who undergo an extended treatment in an environment of a hospital. Based on the results of the study we give a characteristic of an environment at a hospital from the point of view of children. The connection is shown between revealed environmental aspects and the definition of quality of life. Finally, we give recommendations directed at increasing friendliness of the environment towards children who experience extended hospitalization.

Keywords. Children with mental illnesses, extended hospitalization, rehabilitational environment, quality of life, self-realization.

Качество жизни (КЖ) – это многомерная конструкция, включающая в себя весь спектр основных областей жизни – от интимно-личностных отношений до осознания своих прав и обязанностей. Субъективная оценка КЖ, отражающая восприятие и переживание своего благополучия самим человеком, играет ведущую роль в определении степени его удовлетворенности жизнью. «Качество жизни» – универсальное понятие, которое также

приложимо к людям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), как и ко всем другим людям в обществе [3].

Одной из ключевых задач психологической реабилитации является повышение качества жизни людей с ОВЗ как в его объективных показателях, так и в субъективной оценке.

С учетом направленности на повышение качества жизни суть реабилитационной помощи можно сформулировать в обобщенном виде следующим образом [1]:

1. Помочь людям с ОВЗ получать удовлетворение от жизни.
2. Поддержать этих людей в стремлении жить настолько независимо, насколько это возможно и так, как они сами хотят жить.

Возможность достижения этих целей тесно связана с характеристиками среды пребывания людей с ОВЗ [2].

ДеВульф [1] указывает следующие компоненты среды, отражающиеся на субъективном ощущении качества жизни:

1. **Выбор:** удовольствие от жизни больше, когда дана возможность делать выбор.
2. **Соответствие нормам («нормальность»):** среда такая же, как и те обычные среды, в которых живут, проводят время в люди БЕЗ ограничений.
3. **Индивидуализация:** среда соответствует желаниям и потребностям людей; их возрасту, физическим ограничениям, и т.д.
4. **Предпочтения:** знание о том, что люди любят и забота о том, чтобы эти вещи присутствовали в среде пребывания постоянно.

Не соответствующая этим параметрам среда становится препятствием на пути социализации и самореализации ребенка.

Тяжело болеющие дети, переживающие неоднократные госпитализации, нуждаются в создании дружественной им среды в лечебном учреждении. Это тем более важно, что длительный отрыв от естественной для ребёнка семейной обстановки, компании сверстников, возможности посещать школу и развиваться в соответствии со своим возрастом вместе с другими детьми, ставит этих детей в положение психологической и социальной депривации.

Среди заболеваний, требующих длительного пребывания ребёнка в стационаре, необходимо указать на заболевания, связанные с психическим неблагополучием. Учитывая многократность и длительность медицинских и реабилитационных мероприятий, необходимых при тяжелых психических заболеваниях, необходимо понимать, что дети-пациенты не просто лечатся, а живут в больнице. На первый план выступает задача создания адекватной детским потребностям организации быта и досуга в больнице – реабилитационной среды.

Решение этой задачи требует изучения психологического климата лечебных учреждений с акцентом на выявление возможностей повышения качества жизни детей-пациентов: наличие лично-ориентированной индивидуализированной среды, возможности реализации деятельностного аспекта реабилитации и проч.

Такое исследование было предпринято нами на базе Городской детской психиатрической больницы. Использовались индивидуальная беседа, анкетирование (также осуществлявшееся индивидуально), психологический эксперимент. Всего в исследовании приняли участие 71 человек.

Из 62 детей, участвовавших в анкетировании, 27 человек находились на лечении первый раз, 15 человек проходили курс лечения 2-й раз, 14 человек – 3-й раз, и еще 5 детей были в больнице более 3 раз.

Все опрошенные дети вне больничной жизни посещают массовые общеобразовательные школы. Одним из важнейших видов деятельности детей школьного возраста является обучение. Поэтому большое внимание было уделено возможности госпитализированных детей получать образовательные услуги.

В условиях госпитализации пятая часть детей посещают школу на территории больницы. Почти половина обучаются в отделении, к ним приходят учителя из школы, обслуживающей больницу. Незначительная часть детей выполняют домашние задания, полученные от своих школьных учителей по месту жительства, и принесенные родителями. Четвертая часть опрошенных на момент пребывания в больнице не учатся (как правило, по медицинским противопоказаниям).

Дети, обучающиеся в больнице, изучают все основные предметы, предусмотренные общеобразовательной программой. На вопрос о доступности занятий физкультурой, изобразительной деятельностью, технологией лишь третья часть опрошенных ответили, что участвуют в дополнительных занятиях по музыке и пению, творчеству, пантомиме и ЛФК.

Между уроками как в школе, так и в отделении, устраивают перемены. Третья часть детей-пациентов указали, что время перемены они посвящают активной досуговой деятельности (рисование, origami, игры и др.). Почти столько же детей свидетельствуют о пассивном времяпровождении («ничего не делаю», «сиду-жду» и др.)

Небольшая часть опрашиваемых ответили, что на переменах готовятся к следующему уроку.

Более половины – 54,5% испытуемых отметили, что им не нравится учиться в больнице. При этом на вопрос: где больше нравится учиться (при больнице или в общеобразовательной школе по месту жительства) – 78,4% детей отметили свою «домашнюю» школу, аргументируя это знакомой обстановкой, друзьями, тем, что из школы забирают домой и т.п. Исходя из пояснений, можно предположить, что речь идет не о качестве той или иной школы, а о самом пребывании в условиях стационара, которые воспринимаются как негативные и переносятся на больничную школу.

На вопрос о трудностях в обучении, с которыми пациенты сталкиваются в больничной жизни, 44% учащихся ответили, что никаких трудностей не испытывают. 37% от остальных ответов указывали на академические трудности (неуспешность по тем или иным предметам, сложность задач и пр.), 46% – на организационные трудности (плохая дисциплина, незнакомые учителя, родители не помогают с домашними заданиями), а также упоминалось отсутствие мотивации (17%).

Вопрос о том, что мешает учиться другим детям, пребывающим в больнице, оказался не менее информативен. Опрошенные указывали на проблемы, связанные с «шумом», поведением других детей и ощущением незащищенности. Также дети отмечали особую «больничную обстановку», «больничное напряжение» и «тоску по дому» (около четверти ответов). Интересно, что отдельно дети выделяли трудности, связанные с их заболеваниями. Были получены такие ответы как «лекарства», «психика», «состояние здоровья» (10% ответов).

На вопрос «что, по твоему мнению, нужно сделать, чтобы учиться в больнице было интереснее и приятнее» дети высказали следующие пожелания:

Сделать уроки более увлекательными, чем в обычной школе («больше активности, т.к. мы здесь грустные», «викторины и игры», «больше практики», «больше наглядных пособий» и др.).

Изменить позицию учителя («чтобы учителя были добрее», «чтобы учителя лучше объясняли» и т.д.).

Внедрить компьютерные технологии («использовать интернет», «планшеты и компьютеры» и др.).

Решать вопросы дисциплины («утихомирить всех», «сделать классы меньше», «плохих детей в отдельное отделение» и др.).

Отказаться от традиционного обучения («сделать перемены больше уроков», «только ИЗО и перемены» и т.д.).

Как говорилось выше, большинство из опрашиваемых не посещает школу. Многие ребята в разговоре жаловались на то, как тяжело находиться целый день в отделении, как они завидуют тем, кто посещает школу. Так как для многих пациентов госпитализация длится месяцы и повторяется неоднократно на протяжении года, необходимо оценить комфортность условий нахождения в отделении. Изучению этой проблемы послужили ответы на следующие вопросы.

Весьма важным показался нам вопрос о восприятии детьми личного пространства. Только 33% детей сказали, что у них «есть свое место» в больнице. В большинстве ответов в качестве этого места фигурировали кровать, парта, стул. Остальные 67% детей сказали, что не чувствуют, что у них есть такое место в больнице. Половина из всех опрошенных детей хотели бы иметь свое личное пространство или же увеличить его размеры. При этом многие ребята представляют

себе его крайне нереалистично («Класс, где все по моим правилам», «Иметь свой бокс, личную комнату», «Большая комната с личным холодильником»).

Согласно ответам детей, 42% из них не имеют личных вещей, взятых с собой из дома. В положительных ответах были перечислены игрушки, журналы, книги, учебники, школьные принадлежности, одежда, реже плееры и телефоны без симкарт.

Возможность и желание дружить также является неотъемлемой частью благоприятного психологического климата. На вопросы о дружбе большинство опрошенных (76 %) ответили, что имеют друзей в больнице. А вот поддерживать из больницы связь со своими старыми друзьями оказалось проблематичным практически для всех детей: 57% не имеют такой возможности, а те, кто связывается с друзьями, может это делать, в основном, только через родителей.

В больнице данного профиля тема запретов является крайне сложной и противоречивой. Тем не менее, мы попытались выяснить отношение ребят к существующим в стационаре правилам и то, насколько они им понятны. На вопрос о том, что им хотелось бы делать, находясь в больнице, но было запрещено, ответили все опрошенные дети. 16% детей ответили, что таковых запретов для них в больнице нет. Остальные ответы разделились на следующие группы:

- Игра на компьютере, планшете и т.д. – 16 %
- Использование телефона для звонков – 13%
- Прогулки за территорию – 8%
- Еда (есть домашнюю еду, есть ночью и т.д.) – 6%
- Занятия спортом – 5%
- Азартные игры – 5%
- Не спать днем – 5%

- Слушать музыку, используя плеер - 3%

- Использовать интернет – 3%

- Другие (обниматься с мамой, фотографировать, привезти животных и др.) – 9%

Только 58 % ребят однозначно ответили, что понимают почему «это» запрещено. 24% – не понимают. Остальные воздержались от ответа. Невозможность пользоваться телефоном дети объясняют тем, что «взрослые боятся, что мы позвоним в милицию», а запрет на использование дорогостоящей техники тем, что «могут украсть» или «воспитатель не хочет нести за это ответственности».

Ответы на вопросы о волонтерах, приходящих в больницу, сильно варьировали от отделения к отделению: к некоторым ребятам волонтеры приходят систематически, по два раза в неделю; некоторые видят их только на праздниках; в некоторых отделениях ребята отмечают, что волонтеры приходят только к «сиротам». Так или иначе, 61% пациентов, ответивших на этот вопрос, общались с волонтерами в больнице, и большая часть из них хотела бы встречаться с ними чаще. Большинство опрошиваемых предпочитает быть в роли активного участника (а не зрителя) в этом процессе.

Выводы и рекомендации

Проведенное исследование показало, что для большинства детей с психическими заболеваниями, получающих лечение в условиях стационара, длительная госпитализация является тяжелым переживанием. Полученные данные помогли выявить особенности среды в детском лечебном учреждении, которые требуют переосмысления и коррекции в направлении повышения качества жизни ребенка с психическим заболеванием, прежде всего, о

расширении его возможностей самореализации и позитивной социализации в условиях длительного стационарирования.

Наравне с академическими трудностями в обучении, дети сталкиваются с трудностями организационного порядка, в том числе с последствиями плохой дисциплины и переполненности классной или игровой комнат, что мешает сосредоточиться и заниматься уроками. Существенными являются также мотивационные трудности, в которых нередко признаются сами дети.

Основные предложения пациентов по улучшению процесса обучения связаны с «улучшением» личностных и профессиональных качеств педагогов, а также с увеличением доли интерактивных технологий в процессе обучения. Также существенное место занимают предложения по поводу улучшения дисциплины в классе.

Для создания более «защищенной» обстановки в больнице необходимо переосмысление организации ее пространства: большее количество помещений, более насыщенную игровую и учебную среду; а также пересмотр штатных нормативов: предусмотреть большее количество воспитателей на отделение с тем, чтобы в группе находилось меньшее количество детей.

Особую роль для детей, пребывающих в лечебном учреждении, играют занятия, имеющие креативную, творческую, досуговую направленность (занятия занимательным ручным трудом, изобразительной деятельностью, участие в театральных постановках, посильные спортивные занятия и проч.). Такие занятия помогают детям наиболее полно выразить себя, пережить состояние успеха, отвлекают от негативных переживаний, закладывают полезные навыки для дальнейшей социализации в обществе, носят коррекционно-развивающую направленность.

Ответы детей дают основания сделать вывод о том, что, в целом, недостаточно продумана их досуговая деятельность. Необходимо увеличение различных занятий творческими видами деятельности, привлечение для их проведения не только основного воспитателя, но отдельных кружководов – как педагогов дополнительного образования, так и волонтеров. Участие волонтеров интересно и приятно большинству пациентов. Необходимо внедрение такой практики в те отделения, где ее пока нет.

Ответы на блок вопросов, касающихся личного пространства пациентов, позволил нам оценить недостаток этой важной составляющей организации больничного быта. Возможно, необходим пересмотр списка вещей, разрешенных для принесения в больницу, создание большего количества «безопасных» мест для уединения, уменьшение количества детей, пребывающих в одной комнате, для создания более психологически комфортной обстановки.

Имея ввиду многократность и длительность пребывания детей с психическими заболеваниями в стационаре, необходим пересмотр правил, связанных с «общением со внешним миром» (телефон, интернет и т.д). Дети не должны чувствовать свою изолированность и беспомощность.

Список литературы

1. ДеВульф М. Использование различных видов позитивной поддержки поведения. Психологическая реабилитация / Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья – коллективная монография. Отв.ред.А.М. Щербакова. – М., 2011.

2. Щербакова А.М. Роль среды в формировании субъектной позиции ребенка с ОВЗ / Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации: сборник статей по материалам научно-практической конференции 12-13 мая 2010 года. М., 2010.

3. Щербакова А.М., Забавская А.А. Субъективная оценка качества жизни молодыми инвалидами с ментальной недостаточностью [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru 2012. №4. URL: <http://psyedu.ru/> (дата обращения: 08.10.2013)

Раздел 4. Актуальные вопросы социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья

Совместимы ли индустрия развлечения и социокультурная реабилитация...

Баусов Ю. Н.,

ГБОУ ВПО МГППУ

Аннотация. Где сегодня могут провести свое свободное время люди с ограниченными возможностями здоровья, и, прежде всего, дети с инвалидностью?

В настоящее время индустрия массового развлечения достаточно развита, и не только в крупных городах. Но, к сожалению, для людей с инвалидностью доступ в места массового отдыха и развлечений пока существенно затруднен. Если где-нибудь им и позволяют пользоваться обычными аттракционами, то это редкие эпизоды. Кроме того, вопрос безопасности для этой категории не рассматривается в принципе.

При этом, если грамотно здесь выработать стратегию, то это принесет прибыль бизнесу, еще и потому, что привлечет сюда и другие маломобильные группы – пожилых людей, родителей с маленькими детьми.

Тогда мы вырастим людей, которые не будут бояться окружающего мира, а станут активными гражданами своей страны.

Ключевые слова. Люди с инвалидностью, места массового отдыха и развлечений, безопасность

Abstract. Where disabled people can spend a free time?

Now the industry of public entertainment is well developed not only in the large cities. Unfortunately, access to places of public entertainment for disabled people is complicated. They seldom allow to use leisure-time entertainment. Besides, the security issue for this category is not considered.

But if strategy is developed properly it will make profit, because will involve other low-mobile groups - elderly people, parents with babies.

Then we will grow up people who will not be afraid of world around, and become active citizens of the country.

Keywords. Disabled people, places of public entertainment, security issue.

Места массового отдыха и развлечения – это возможность испытать себя, и увидеть возможности других, побыть в тишине, и раствориться в шумном кругу.

Что такое отдых для людей, и в первую очередь для детей, имеющих значительные ограничения в силу инвалидности? Это то место безопасного общения, где с раннего детства можно испытать собственные силы, и открыть что-то новое в себе, и в других. Это уникальная возможность ощутить свободу безопасного перемещения в пространстве, поскольку именно такое чувство «свободы» им недоступно в повседневности.

Мы сосредоточим свое внимание на детях и подростках, поскольку именно в этом возрасте человек познает Мир, себя в этом Мире, и от того, каким этот Мир предстанет перед ним – сформируется личность Человека.

У человека, имеющего возможность почувствовать иное измерение свободы, возникает ощущение открытости Мира,

принимаящего его со всеми особенностями, позволяющего безопасно раскрыться внутреннему потенциалу – Мир получит жизнерадостного, уверенного в себе и способного дарить окружающим светлые чувства, Человека. Если этот Мир с первых шагов от него отгородится, в Мир придет испуганный, закрытый Человек, который вырастет неуверенным, и от этого станет угрюмым, обидчивым. Эти комплексы не дадут ему самому построить свой успешный жизненный путь, и заставят страдать тех, кто окажется рядом.

К сожалению, сегодня большинство мест массового отдыха (дома культуры, кинотеатры, парки), в принципе, не готовы вовлечь в сектор развлечений ребятишек и подростков с ограничениями, не учитывают их потребности. Уже со входа, вместо радостного настроения, начинается борьба с препятствиями, и ожидание светлого праздника сменяется напряжением, перерастающим в раздражение, и желание скорее покинуть эту недоступную, а порой и враждебную территорию.

В ряде музеев возникли экспонаты, созданные в виде объемных моделей, которые люди с нарушением зрения могут свободно ощупать руками и представить себе окружающий мир, который в обычной ситуации им недоступен. Аналогичные программы пробуют ввести в некоторых городских туристических маршрутах, когда предлагается объемная модель здания, а затем экскурсанту дают возможность обнять колонну данного здания, ощупать элементы декора. Понятно, что это не просто расширяет мировоззрение человека, но позволяет выработать совсем иное отношение к окружающему миру, снимающее страх перед неведомым, а, следовательно, внутреннее напряжение, и психологическую

зажатость, в том числе, и в отношении окружающих людей. Видя внимательное отношение к себе, ощущая доброжелательность со стороны персонала музея, гида на экскурсии, человек с инвалидностью, в особенности ребенок, подросток, разрушает негативные стереотипы и становится, в свою очередь более доброжелателен к окружающим, что облегчает формирование разнообразных социальных связей и коммуникаций. Поэтому, если для таких посетителей в парках возникнут аналогичные объемные модели территории парков со всеми их особенностями и деталями, включая флору и фауну, то это привлечет в парк новых посетителей (а, следовательно, даст дополнительную прибыль), обогатит личный духовный мир всех людей, независимо от наличия или отсутствия ограничений.

Создание подобных моделей можно достаточно быстро и легко наладить, если к этому привлечь многочисленные творческие мастерские, в которых занимаются дети и подростки с инвалидностью, чье творчество бывает неоценимым, но при этом оно часто остается невостребованным.

То же можно сказать о группе инвалидов с заболеванием опорно-двигательных функций. Если мы создадим атмосферу доступности, в независимости от нозологии, это позволит паркам зарабатывать куда серьезнее, поскольку тренажеры станут доступным для многих иных людей, начиная с беременных, пожилых, и заканчивая вернувшихся из мест заключения. Помимо этической и эстетической составляющей возникает и достаточно прагматическая сфера деятельности парков – трудоустройство в них самих инвалидов. Уже возникают первые опыты привлечения к обслуживанию парковых территорий молодых людей с ментальными и психическими ограничениями.

Формирование доступного пространства позволяет приобрести уверенность в собственных силах, возможностях, раскрыть в себе новые способности – то есть ощутить собственную ценность.

Подобной уверенности сегодня крайне не хватает даже обычным людям. Начнем с остановки общественного транспорта, когда часто приходится преодолевать бордюры, которые зимой становятся снегосшибательным аттракционом для тех, кто не видит, кто передвигается на костылях или на коляске. Нет на остановках информации о графике движения доступных низкопольных автобусов. Далее поставим вопрос: возможно ли свободно подъехать к парку на собственной машине, и остановиться неподалеку от входа? Практически нет парковок для личного транспорта инвалидов, позволяющих спокойно и безопасно оставить машину и, не утонув в грязи или снегу, комфортно войти в парк. Нарушаются, как минимум два закона – Федеральный закон (№181, 1995 г.) «О социальной защите инвалидов в РФ» (ст. 15), и г. Москвы (№3, 2001 г.) «Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы» (ст. 4).

Все учреждения и организации, практикующие культурно-массовые мероприятия, по-своему трактуют требования к формированию доступной (универсальной) среды рекреации для людей с инвалидностью. Эта среда часто оказывается насыщенной нерегламентированным набором мероприятий и аттракционов. Пункты питания, туалеты и другие объекты далеко не всегда обеспечивают комфорт для посетителей с ограничениями. Нет общих подходов, продуманной логистики, которая бы предусматривала

доступность всех сфер индустрии отдыха и развлечений для людей с особыми потребностями.

Нет также общепринятых правил, определяющих, на какие аттракционы можно допускать таких посетителей, а на какие нет. Не определено, кто из служащих и какие должен знать технологии, как обеспечивать безопасное размещение, фиксацию, и режим работы аттракциона, когда им пользуется ребенок с ограничениями. Со стороны медиков до сих пор не разработаны требования по запрету, или разрешению пользованию теми или иными аттракционами.

При таком положении, и большом риске попасть под ответственность за причиненный здоровью ущерб, руководству, как и техническому персоналу, проще всего поставить все под запрет.

В описанной ситуации срочным способом решения проблемы является формулирование процедуры, которая определит требования к родителям в виде письменного подтверждения, что они берут всю ответственность на себя. Но это не путь, определяющий стратегию развития индустрии развлечений. Ведь сами рекреационные учреждения и организации от вовлечения в сферу отдыха детей и подростков с ограничениями, получают не только дополнительную финансовую прибыль, которая может быть вполне ощутима, поскольку эта целевая группа насчитывает не один десяток тысяч человек, но и смогут серьезно повысить уровень безопасности и комфорта для всех остальных участников мероприятий.

Разработка дополнительных решений по доступности мест массового отдыха и развлечений для посетителей с ограниченными возможностями здоровья может открыть новые направления и новый класс мероприятий и аттракционов – что позволит увидеть новые перспективы развития данной индустрии, с одной стороны. С другой,

меняется сознание не только детей с инвалидностью, способных вырасти раскованными, верящими в себя, и доверяющих другим, но и их сверстников, которые общаясь с ними, сотрут устаревшие негативные стереотипы в отношении инвалидов, ограничивающие развитие самого общества.

Уже сегодня существуют элементы отдельных аттракционов, где класс безопасности позволяет существенно повысить профилактику травматизма обычных детей. Если на основе этих фрагментов мы выстроим новые технологии развлечения, мы сможем не только создать доступной среду для людей с инвалидностью, но и начать формировать универсальное пространство, которое удобно для всех людей: пожилой ли это человек, пользующийся ходунками, или маленький ребенок, с трудом преодолевающий высокие ступеньки, беременная ли это женщина или турист с тяжелым чемоданом.

Начинать надо с малого, при участии специалистов из смежных сфер – медиков, психологов, производителей аттракционов, дизайнеров, совместно с экспертами из числа инвалидов, родителей детей-инвалидов, пошагово внедрять элементарные варианты в уже действующую структуру. Например, все мы знаем обычную детскую карусель для самых маленьких, которые мы можем видеть во дворах города. Если на карусели смонтировать легкоъемный вариант одного места, которое будет трансформироваться в площадку, где можно легко и надежно фиксировать инвалидное кресло, мы изменим парадигму устоявшегося стереотипа – «нельзя, а вдруг что случится».

Оттолкнувшись от простейшего, мы можем оторваться от привычного, и шагнуть всерьез к существенным переменам, что позволит не догонять развитые страны, а идти в ногу с самыми совершенными мировыми технологиями. Можно, например, в

крупных выставочных павильонах оторваться от земли в прямом смысле слова и сформировать подвесную систему перемещения в пространстве выставочного павильона – когда человек с инвалидностью в коляске, либо обычный человек в простейшем кресле, сможет парить над выставочными экспонатами, перемещаясь в воздухе по заданной траектории в разных направлениях, меняя высоту для осмотра экспозиции, не мешая остальным посетителям. А у незрячих появится возможность «ощупывать» крупные скульптуры и другие выставочные объекты.

Что это не заоблачные дали, не фантазии авантюриста, а острие современности, можно легко увидеть, если вспомнить церемонии открытия и закрытия Паралимпийских Игр в Лондоне, где инвалиды летали на тросах над стадионом. В телесюжете, посвященном этим Играм, показали, как инвалида на коляске подняли на крышу олимпийского сооружения и прокатили его там, где обычные люди не бывали. Надо было видеть глаза и эмоции этого человека, которого подняли над обыденностью – подарив ему чувство свободы и надежды преодоления любых ограничений.

Имея перспективы освоения инновационных материалов, развития целых инновационных направлений, аккумулируемых в наших современных технопарках, по принципу Сколково, у индустрии развлечения и отдыха есть шанс стать локомотивом внедрения универсальной среды, изменяя мировоззрение всего общества.

Отметим и то, что в последнее время государство достаточно внимательно относится к предложениям в сфере доступного пространства. Это, в свою очередь, уже сегодня позволяет вовлекать в жизнедеятельность общества все большее количество инвалидов,

включая детей и подростков, и они сами, их семьи, становятся более активны, и требовательны к окружающим. Все больше молодых людей, подростков, детей с инвалидностью участвуют в туристических программах по знакомству со своим городом, посещают музеи, бывают на массовых праздниках. Они не только сами становятся более успешными и привлекательными личностями, но и заражают тех, кто еще сомневается в своих возможностях. Более того, часто из них вырастают активисты, которые находят для себя новые перспективы в трудоустройстве, перестают фиксироваться только на своих горестях, переходят в разряд волонтеров и начинают оказывать поддержку другим людям.

Тем самым общество становится более человечным и внимательным к окружающему миру и людям.

**Методика проведения социально-художественных проектов,
направленных на реабилитацию детей-инвалидов и опекающих
их родителей и близких**

Дрезнина М.Г.,

ГМИИ им. А.С.Пушкина, Москва

Аннотация. Статья знакомит специалистов с методикой проведения семейных творческих проектов. Такие социально-художественные программы широко проводятся последние 15 лет в детских садах, школах, в социальных центрах по реабилитации детей с ОВЗ, в приютах, детских домах и музеях. Эти художественные

программы призваны помогать детям и родителям в общении и взаимодействии друг с другом. Отдельным направлением в статье представлены социальные проекты для реабилитации семей, имеющих детей с ОВЗ и программы восстанавливающие силы специалистов: педагогов, воспитателей, психологов, социальных работников при эмоциональном выгорании.

Ключевые слова. Семейные творческие проекты, арт-терапия, социальные художественные программы, развитие через искусство, изобразительное искусство помогает людям.

Abstract. The article is introduce the method of realization of the family creative projects. These social artistic programs are widely puting into practice during last 15 years in schools, museums, kindergartens, rehabilitation centres for children with disabilities and orphanages. They can be used to improve parents-to-kids co-operation, and also as an important part of rehabilitation of the disable children and their families, and even as an anti-burnout method for teachers, psychologist, social carers, etc.

Keywords. Family creative projects, art-therapy, social artistic programs, development by way of the art, art helps people.

Жизнь в России за последние десятилетия значительно изменилась. Люди и человеческие отношения находятся в процессе серьезной трансформации. Эта трансформация коснулась и традиций семейной культуры. Современные родители очень нуждаются в помощи и поддержке в воспитании собственных детей, они хотят научиться понимать собственного ребенка и общаться с ним. При этом для немалой части детей характерны ощущение непричастности

к происходящему, неумение общаться, неверие в собственные силы, отсутствие желания создать что-то свое, привнести это в мир.

Объективная реальность требует от специалистов разработки и внедрения в практику методик и технологий, направленных на объединение людей, на повышение их способности к взаимодействию и сотрудничеству, на создание условий для творческого самовыражения. Каждый человек испытывает потребность реализоваться в жизни, раскрыть полнее свои возможности, чувствовать себя полноправным участником событий, а не пассивным наблюдателем и потребителем продукции массовой культуры. Творить хочется всем, и к этому надо отнестись с особым вниманием. При этом необходимо создавать ситуации, благоприятствующие диалогу и общению.

Исходя из приведенных соображений нами была разработана художественная программа семейных творческих проектов или социально–художественных акций, в которых могут участвовать как дети, так и взрослые люди: родители и педагоги.

Эта программа была разработана в середине 90-х годов XX века, а в наше время получила широкое практическое применение и реализуется в различных городах России. Предусмотренные программой социально-художественные акции могут проходить как в отдельно взятых детских садах и школах, так и разворачиваться на большом пространстве, реализовываться в парках, в музее, на праздниках и фестивалях, в специальных местах досуга. Программа ориентирована на разные возрастные группы. Входящие в нее проекты могут быть адаптированы и использованы для работы с различными категориями населения. Особое место занимает практика применения таких социальных проектов в центрах реабилитации для

людей с ограниченными возможностями здоровья, в приютах и детских домах. В них также могут принимать участие взрослые люди – родители детей с ОВЗ, специалисты психологических центров, многодетные мамы. Здесь нет зрителей, все участники творят.

Очень важно, что участником подобной акции может стать любой человек независимо от его художественной подготовки. Занятие изобразительным искусством на арт-терапевтической встрече отличается от обычного урока рисования. Цель таких встреч не учить рисовать, а помочь раскрыть внутренние резервы и способности, поддержать личность участников, поэтому здесь всегда - процесс важнее самого результата.

Занятия могут носить разовый характер или выстраиваться в серию проектов, где участвуют одни и те же семьи. Результатом работы является создание художественного произведения – большого панно, изготовленного силами нескольких семей, или картонного макета – плода индивидуальных действий одного человека.

После завершения проекта законченными работами можно украсить интерьер своего дома или стены образовательного учреждения, витрину магазина, городской парк.

Выбор изобразительного искусства в качестве основного инструмента реализации программы обусловлен тем, что оно является формой свободного самовыражения и самопознания личности. Это дополнительный язык, на котором человек может рассказать о себе, о своих идеях, проблемах и мечтах о будущем. Средствами изобразительного искусства можно создать собственный мир на листе бумаги, который защитит от любых невзгод – и этот мир не иллюзорен, результат труда всегда виден. Искусство является мощным фактором гармонизации личности как взрослого, так и

ребенка. Сам акт творчества оказывает профилактическое и терапевтическое действие на человека, в этом акте человек становится помощником самому себе.

Тема арт-терапевтической встречи или семейного проекта должна быть досконально продумана специалистом, ведущим программу. Разрабатывается подробный сценарий занятия или проекта, в котором учтены многие факторы, среди которых общие проблемы той или иной группы участников, степень подготовки к усвоению предлагаемого материала. Выявлению проблем и потребностей участников поможет анализ специалистом работ, предварительно выполненных участниками. Рисунок, требующий использования различных образов, цвета, графики, композиции, позволяет увидеть внутренний мир и проблемы создавшего его человека. Специалисту же нужно уметь прочесть эти изобразительные послания. По рисунку ребенка можно судить о его интеллектуальном развитии, о степени его психической зрелости, о том, кем он ощущает себя в этом мире. Поэтому на арт-терапевтических занятиях рисунок рассматривается как диагностический материал для специалиста, который на его основе будет выстраивать дальнейшую работу.

Тема семейного проекта или творческого задания и поставленные в нем задачи должны быть направлены на решение конкретных проблем участников программы, будь то дети с низким уровнем развития интеллекта, дети, попавшие в трудную жизненную ситуацию, дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, дети с логопедическими проблемами, дети мигрантов, не знающие русского языка и др. Для каждой такой группы людей - детей и взрослых, педагогов подбирается соответствующая их потребностям тема проекта и доступная технология ее осуществления.

Цели и задачи семейных творческих проектов

Семейные творческие проекты призваны объединить детей одной группы или класса, сплотить родителей и педагогов, протянуть между ними невидимые нити дружбы и сотрудничества, создать ситуации, которые бы подтолкнули их к диалогу и обсуждению друг с другом насущных проблем.

Основная цель таких проектов – укрепление семьи, вовлечение детей и взрослых в творческий процесс, который возможен только при плодотворном общении и сотрудничестве его участников.

Очень важным является создание такой среды и атмосферы на встрече в рамках программы, в которой все участники чувствовали бы себя комфортно и, встретившись вместе (порой с незнакомыми им людьми), могли бы что-то совершить или создать совместными усилиями.

В ходе семейных проектов параллельно и одновременно решается несколько задач.

Одной из важных задач (что предусмотрено уже самой идеей и технологией осуществления проекта), является **развитие индивидуального начала участника**. Каждому, ребенку или взрослому, предоставляется возможность во время проекта проявить себя и свою индивидуальность: предложить свою идею, особенную трактовку или решение поставленной творческой задачи, а также, в конце встречи, продемонстрировать свой результат перед другими участниками, детьми и взрослыми. Приобретение такого опыта очень ценно для любого человека, дает понимание того, что от тебя лично и от твоего участия может что-то зависеть, измениться (пусть даже на

картине). Это придает силы и образует мотивацию к дальнейшему раскрытию творческого потенциала этого человека.

Творческая задача. Дети и родители вместе работают над созданием художественного произведения. Это может быть отдельный фрагмент большого панно, один художественный объект, созданный по частям членами одной семьи, макет или фигура человека или животного из картона.

Образовательная задача. Участники проекта знакомятся с новыми техниками и художественными приемами изобразительного искусства и осваивают их. Они не только рисуют, но и обсуждают заданные темы, а также представляют свои идеи и соображения другим детям и взрослым.

Задача психологической поддержки.

На протяжении всей программы с детьми и взрослыми работают ассистенты-психологи. Они сопровождают каждую программу от начала до конца, помогают каждому включиться в творческую деятельность, а также проводят индивидуальный опрос («интервью художника») по заранее заготовленным вопросам, касающимся основной темы встречи. Ассистенты разговаривают с участниками проекта, внимательно выслушивают их, фиксируют ответы в анкетах. Психологи помогают участнику понять суть задания, преодолеть технические трудности с использованием художественных материалов, поднимают самооценку, развеивают страх и робость, связанные с убеждением: «Я не умею рисовать». Ведь главное в этой программе, как уже упоминалось выше – не качество художественной работы, а личный взгляд и участие в процессе, собственная мысль, идея «художника», участника проекта, по поводу конкретной темы.

Подготовка ассистентов-психологов и волонтеров для

сопровождения семей в таких проектах очень важная составляющая нашей методики. В первую очередь здесь требуются личные и человеческие качества специалиста, который должен проявлять уважение к личности другого человека, к его индивидуальности и особенностям, уметь слушать, наблюдать за происходящим, пытаться понять и принять индивидуальный мир и позицию другого. Ассистенты должны научиться безоценочно реагировать на любые действия участников и принимать любые результаты их творчества. В процессе художественно-творческой деятельности нередко возникают ситуации, когда ощущается потребность в психологической поддержке, в разрешении конфликта между детьми и родителями. И тут на помощь приходит ассистент-психолог, который поможет разрядить и урегулировать семейный конфликт. В случае необходимости психолог может рекомендовать семье нужного специалиста. Порой ассистентам-психологам приходится помогать детям самостоятельно творить и отвечать на вопросы интервью, так как многие родители стремятся выполнить эту работу за своих детей. Участникам программ, как правило, нравятся проявленные к ним интерес и внимание. Специалисты же получают ценнейший материал, дающий импульс к поиску новых методов в работе с детьми и семьями. По завершении проекта психологи участвуют в обсуждении, анализируют свои наблюдения, проведенные во время программы, рисунки и ответы на вопросы «интервью художника» всех участников.

Решаются также задачи экологического воспитания и формирования толерантности. Темы некоторых программ напрямую связаны с темой защиты природы, человека, всего живого

на нашей Земле и помогают установить диалог между детьми разных культур и национальностей.

Как организовывать такие проекты.

Идея и вся технология осуществления таких программ разрабатывается с учетом многих факторов: от разработки концепции и сценария семейной программы, подготовки специалистов, ассистентов-психологов, волонтеров для работы с семьями, до согласования с конкретным учреждением, детским садом или школой регламента проведения творческой встречи, отбора детей и приглашения родителей. В задачу организаторов в первую очередь входит привлечение детей и родителей к совместному творчеству, чтобы в условиях программы они встретились в «новых» обстоятельствах, смогли нащупать для себя новые роли во взаимоотношениях. В таких художественных семейных программах, как правило, участвуют люди, которые никогда не рисовали и даже не думали, что с этим столкнутся. Поэтому эта первая встреча с собственным творчеством может оказать на них большое впечатление, пробудить желание к занятиям изобразительным искусством и в дальнейшем. Бывает так, что многие взрослые - родители и педагоги в начале программы сразу же дистанцируются, чувствуют себя скованно и неуверенно. Они считают, что это «действие» не для них. Они говорят, что лучше посидят и посмотрят, что очень устали. Но, видя, как другие семьи прекрасно выполняют творческое задание, которое оказывается интересным и доступным как для детей, так и для взрослых людей, они подключаются к процессу и великолепно проявляют себя, ничего не страшась. Очень часто мы видим, что во время такой программы прямо на глазах открывается еще один талантливый человек и художник. Это может быть мама мальчика

Саши или ребенок 5-6 лет. Здесь все – творцы.

Проведение таких программ может быть как единичным явлением в детском учреждении, так и периодически повторяющимся, образуя серию программ с разными темами, но с одними и теми же участниками. Темы творческих заданий в этих проектах далеко не случайны. Они, с одной стороны, очень просты и близки для понимания каждым человеком, будь то ребенок или взрослый, с другой стороны - они побуждают участников задуматься над самыми глубокими проблемами жизни человека и его взаимоотношениями с окружающим миром и людьми.

Реализация любого проекта проходит в три этапа.

1. Подготовительная часть:

Проведение переговоров с учреждением о проведении конкретной программы. Выполняются следующие шаги:

1. Согласование темы и условий проведения.
2. Разработка нового проекта или выбор темы для решения конкретной задачи, исходя из запроса на этот проект психологического центра, школы, приюта, семейного клуба...
3. Ознакомление заказчика с проектом и пояснение его задач.
4. Выбор времени проведения проекта и подбор семей или детей для участия в нем: всего 12 – 15 человек (взрослых и детей).
5. Передача списка материалов для реализации проекта. Закупка художественных материалов.
6. Подготовка помещения для проведения семейной акции.
7. Подготовка специалистов (2–3 человека) из данного учреждения для участия и сопровождения семьи во время проведения программы, а также для сотрудничества и

обучения проведению таких программ в будущем.

8. Обсуждение сценария проекта, подготовка вопросов для «интервью художника».
9. Распечатка необходимого количества экземпляров этого интервью.
10. Заготовка необходимых шаблонов и деталей для проведения проекта. Подготовка образца сертификата для поощрения каждого участника программы.
11. Агитация и привлечение семей, составление приглашения для участия в акции.

2. Проведение Социально – художественной акции.

Создание художественного объекта, рисунка, макета.

Проведение «Интервью художника»

Выставка и презентация работ, выполненных участниками.

3. Обсуждение работы и подведение ее итогов специалистами-

педагогами, психологами, сопровождавшими акцию. Подробное обсуждение и анализ прошедшего проекта. Составление аналитического отчета по одной или серии таких программ. Сделанные выводы помогут специалистам данного учреждения в дальнейшей работе с детьми и семьями. Их выводы основаны на наблюдениях за участниками программы, анализе созданных ими образов и выполненных рисунков, ответов на вопросы анкет «Интервью художника», бесед с детьми и родителями.

Опыт проведения

Семейные программы и художественные проекты в последние годы проходят в различных детских учреждениях: детских садах, школах (в том числе коррекционных), детских домах, центрах

реабилитации инвалидов Москвы и Подмосковья, а также в городе Выкса Нижегородской области (НОУ СОШ «Дельта-Прометей», ДОУ № 254, 255, 729, 1257, 1488, 1883, 1926,2364,2511, детские дома № 6,12, 39, школы № 154, 820, 823, 824, 828, 883,1285, психолого-медико-социальные центры «Пресненский» и «Мир», Государственные музеи города Москва, школа искусств города Соров).

Темы некоторых осуществленных проектов: «Земля, на которой мы живем», «Панорама московской жизни руками детей», «Мир в твоём окне», «Комната для души», «Птица семейного счастья», «На встречу друг другу», «Семейное гнездо», «Я – взрослый – Ты – ребенок», «Новогодние витрины», «Кот без имени», «Дом твоей мечты», «Планеты и её спутники», и др.

К участию в любом из представленных здесь проектов приглашаются 10–12 семей с детьми в возрасте 5–12 лет, а также специалисты: психологи и педагоги из данного детского учреждения. Продолжительность акции 2 – 2,5 часа.

«Мир в твоём окне»

Перед участником акции стоит задача создать свой мир в рисунке, где будут отражены самые важные для него жизненные ценности: мама, цветок, сад, друзья, животные, школа, будущее...

Мир одного человека (ребенка и взрослого) в конце работы встретится в большой мир многоэтажного дома, где живут разные люди – взрослые и дети. В процессе общения они открывают друг для друга свои миры.

«Дети – цветы жизни»

Семейная творческая акция имеет своей целью привлечь детей и родителей к созданию декоративного панно. Через символические образы на картине они расскажут о себе, о своих проблемах и мечтах.

«Я – взрослый - Ты – ребенок»

В этом семейном проекте дети и родители поменяются ролями: дети выступят в роли взрослых, взрослые – в роли детей. Они изготовят из картона персонажей (взрослых и маленьких), которые познакомятся друг с другом, расскажут о себе, о своей жизни.

«Комната для души»

Каждому участнику проекта (и взрослому, и ребенку) надо будет создать макет своей комнаты, где предметы и детали интерьера вызывают ощущение незримого присутствия их хозяина – автора макета.

«Птица семейного счастья»

Силами одной семьи создается художественный образ, символизирующий (для каждого участника проекта) некий идеал семейного счастья.

«Навстречу друг другу»

Художественная акция поможет детям и родителям выстроить их взаимоотношения не только на плоскости листа, но и в реальном времени и пространстве.

«Земля, на которой мы живем»

Всем участникам предстоит сконцентрировать внимание на самых главных ценностях для человека, живущего на Земле: это его дом, семья, город, страна, сама наша планета. Каждый сможет обозначить пути к достижению своей мечты и действия, которые приведут к желаемому результату.

«Семейное гнездо»

Эта программа должна помочь всем членам семьи глубже осознать и почувствовать понятие отчего дома, своего родового гнезда, возможность каждого члена семьи участвовать в его укреплении и защите. Участники, с помощью искусства и творческого воображения создадут (силами одной семьи) свое гнездо из бумаги, картона, газет, цветной бумаги и других подручных материалов. Затем сделают птичек, обитателей этого гнезда. Каждый сможет проявить себя в активном действии в этой созидательной работе, предложить свои способы защиты и укрепления их общего дома. Сможет помечтать и предложить свои способы для его процветания в будущем. Эта программа поможет сближению и сотрудничеству детей и взрослых, покажет пути взаимодействия всех членов семьи, участие и вклад каждого в общее дело - дело сохранения общего дома.

Во время участия в арт-проектах в детях и родителях мобилизуется творческий потенциал, пробуждается интеллект, раскрываются внутренние резервы личности. Все эмоции и «переживания» в самом позитивном и высоком смысле этого слова выражаются в рисунке, где отражается индивидуальный мир каждого человека. Затем «отдельные миры» каждого участника по замыслу программы могут объединиться в огромные полотна, образуя нечто большое и прекрасное. Отвечая на вопросы «Интервью художника», дети и взрослые дополняют словами и объясняют смысл своего рисунка, выражают свое личное мнение и отношение к поставленной проблеме. Все с удовольствием делятся с другими своими мыслями, идеями, стараются раскрыть словами смысл своей творческой работы. Этот открытый диалог между разными людьми, детьми и взрослыми, педагогами, объединяет участников программы, делает их членами одной команды. Для педагогов и воспитателей это уникальная

возможность прямого контакта с родителями в неформальной обстановке. Родителям также очень важно понять, какой педагог работает с их детьми, какие отношения складываются в этом детском коллективе.

Созданные произведения, большие картины, макеты, художественные объекты в конце программы выставляются на всеобщее обозрение. Около работ проходит импровизированное обсуждение, где можно всем показать свою работу, отметить рисунки других участников. Созданные в процессе проведения таких программ произведения становятся, как правило, украшением класса в школе или группы в детском саду. Художественные объекты, выполненные руками одной семьи, украсят домашний интерьер и сохранят память об этой семейной встрече.

Применение накопленного опыта в семейных проектах с детьми с ОВЗ и их родителями

Накопление большого опыта реализации описанных семейных проектов и социально–художественных акций с разными группами детей и родителей позволяет широко применять этот опыт в работе детьми с ОВЗ, их родителями и близкими. В основе таких программ лежат те же средства, структура построения и методы, как и в других семейных проектах:

- Специальная артпедагогическая методика;
- Психолого–педагогическое сопровождение;
- Включение в социокультурную среду.

За последние годы появился запрос на социально–художественные проекты, адресованные родителям и близким, воспитывающим детей с ограниченными возможностями, и ухаживающим за ними, а также многодетным мамам, педагогам и

воспитателям коррекционных и социально-реабилитационных центров. Творческие проекты актуальны при эмоциональном выгорании и служат для восстановления сил участников реабилитационного процесса. Поэтому за последние годы были разработаны и воплощены в жизнь такие проекты: «Женщины нашего времени», «Мой домашний сервиз», «Женская радость», «Украшь свое окно», «Памятный медальон» и др.

Это комплексные реабилитационные артпедагогические проекты предлагают проведение практических художественных занятий в сочетании с психолого–социально–реабилитационным сопровождением. Предполагается, что после участия в таких проектах творческая деятельность родителей с детьми сможет продолжаться в домашних условиях.

Почему существует необходимость и запрос в проведении таких программ?

Многие дети – участники проектов – имеющие ограниченные возможности здоровья, могут быть полноправными участниками культурного и образовательного события. Родителям детей с ОВЗ необходима творческая реабилитация для поддержания их сил, а также помощь в общении со своим ребенком.

Цели и задачи проектов:

1. Гармонизация психоэмоционального, познавательного, речевого, моторного и эстетического развития детей.
2. Содействие психосоциальному развитию детей (развитие коммуникативных навыков, произвольности поведения, др.).
3. Расширение навыков межличностного взаимодействия.
4. Пробуждение творческой активности, развитие способностей к самовыражению, развитие индивидуального самостоятельного

творческого мышления, преодоление боязни проявления своих мыслей и чувств перед другими людьми.

5. Стимулирование процесса духовно-нравственного воспитания и приобщения к искусству, что помогает «прокладывать дорогу» к самопознанию и пониманию окружающего мира.

6. Социализация участников: детей-инвалидов и их родителей, детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, активное их включение в общественно – культурную жизнь;

7. Создание оптимальных условий для получения положительных эмоций и переживаний, творческой самореализации, ощущения сплоченности и взаимопомощи, сопереживания и коллективного сотрудничества.

8. Помощь родителям детей-инвалидов, создание позитивного настроения и ориентация на выбор профессии. Восстановление и поддержка жизненных сил родителей – очень важное условие жизни больных детей.

9. Помощь педагогам и воспитателям при эмоциональном выгорании. Восстановление и поддержка, приобретение новых знаний и методик, приобщение к искусству.

10. Апробация новой, оригинальной интегративной формы проведения занятий, выводящий творческий процесс психического развития ребенка на качественно новый уровень.

Ожидаемые результаты реализации программы:

Таким образом, социально–педагогическая реабилитация детей с ОВЗ и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, происходит через формирование целостной картины мира, развитие и совершенствование навыков коммуникации, получение опыта

творческого самовыражения, приобретение новых знаний, умений и навыков.

Совместное участие в арт-проектах детей и родителей может повлиять на внутрисемейные отношения и стать инструментом в профилактике социального сиротства. Родители радуются успехам своих детей, пробуждению их активности и самостоятельности, в частности, и на поприще изобразительного искусства. На таких проектах родители учатся общению со своим ребенком и получают опыт сотрудничества с ним в новой, непривычной обстановке, где каждый может проявить себя с неожиданной стороны. Во время таких совместных проектов у детей и родителей нарабатывается как индивидуальный, так и совместный опыт общения и взаимодействия. Приобретенный опыт помогает ребенку узнать, что он может делать самостоятельно и чем он может помочь своим близким.

Участвуя в совместных семейных проектах, дети, родители и педагоги получают творческий импульс к развитию своих способностей, а также эмоциональную и духовную поддержку. Семейные творческие проекты расширяют кругозор детей и взрослых, наполняют их творческой энергией, способствуют позитивным изменениям в семье, помогают выстраивать взаимодействие и сотрудничество семьи и образовательного учреждения. Творческая импровизация в несколько непривычных условиях делает участие в программе чрезвычайно увлекательным и интересным для всех. Любой может проявить себя, почувствовать интерес к себе со стороны других людей. Оконченная работа представляется на обозрение публики. Рисунок каждого занимает равноправное место в общей композиции, что зачастую вызывает у участников проекта удивление, а иной раз и восхищение. В ходе осуществления семейного проекта

между детьми и родителями происходит одновременно и взаимодействие, и творческое соревнование. Атмосфера игры и фантазии позволяет сбросить механизмы самоконтроля и показать себя с неожиданной стороны. На таких программах дети учатся лучше понимать себя и своих родных, дети и родители становятся ближе друг к другу.

Семейные проекты, с одной стороны, направлены на раскрытие индивидуальности каждого, с другой - дают участнику возможность понять и почувствовать, что он – часть социума, что рядом с ним живут люди, у которых есть свое понимание действительности, свои взгляды, свои традиции. И каждый должен принимать и уважать ценности другого. Собравшись вместе, объединив творческие усилия, можно созидать красоту и распространять ее. Совместная деятельность дает авторам позитивные переживания единения, что вызывает желание еще раз попробовать свои силы на поприще искусства. И это закономерно, так как реализуется главная человеческая потребность – быть услышанным и понятым.

Научное издание

Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья

Сборник научных статей,
подготовленных ко II Международной научно-практической конференции
12-13 декабря 2013 года

Ответственный редактор
Щербакова А.М.

Редакторы
Федорова А.И., Шехорина А.В.

Перевод
Федорова А.И., Шехорина А.В.

Дизайн обложки
О.Н. Гудилина, А.И. Колесников, А.М. Щербакова

Верстка и подготовка к печати
О.Н. Гудилина, А.В. Шехорина

Подписано в печать 29.11.2013 г.
Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Тираж 250 экз.
Заказ № 42683.

Отпечатано в типографии «ОнеВook»
ООО «Сам Полиграфист».
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru

ISBN - 978-5-94051-146-8