



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

Е.Е. Руслякова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ**

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия*

Магнитогорск
2016

Рецензенты:

кандидат психологических наук, психолог, семейный консультант,
директор ООО Семейная студия «Дизайн жизни»

И.В. Бузунова

кандидат психологических наук, психолог
МАУ ДО «Дворец творчества детей и молодежи»
г. Магнитогорска

И.В. Соловьева

Русякова Е.Е.

Психологическое сопровождение при психических и соматических нарушений у детей [Электронный ресурс] : учебное пособие / Русякова Екатерина Евгеньевна ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (0,82 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

Пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплины «Психологическое сопровождение психических и соматических нарушений»; «Психологическое сопровождение соматически больного ребенка»; «Психологическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья». В этом учебном пособии дается определение психологического сопровождения, основных понятий, раскрываются сущность и многообразие реального фактического материала, приводятся данные социально-психологического исследования (в том числе выполненного под руководством автора), обсуждаются основные варианты стратегий и тактик, технологий работы практикующего психолога с психически и соматически больным человеком. В конце каждого раздела список литературы.

Пособие предназначено для подготовки магистрантов направления 44.04.02 «Психолого-педагогическое образование: Психология здоровья в образовании» и бакалавров 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование: Психология образования».

УДК 159.9(075.8)

© Русякова Е.Е., 2016
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г.И. Носова», 2016

Содержание

1. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК ВИД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
1.1. Значение термина сопровождения и виды сопровождений	8
1.2. Психологическое сопровождение	11
1.3. Цель и этапы психологического сопровождения	15
1.4. Принципы психологического сопровождения	17
2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ	
2.1. Медицинский аспект психологического сопровождения: психологическое содержание лечебного процесса	22
2.2. Модели взаимоотношения между врачом и пациентом	23
2.3. Фактор доверия при взаимодействии «врач – родитель – ребенок»	34
3. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОТЕХНИК В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА	
3.1. Обеспечение психологической безопасности ребенка во время соматического заболевания	36
3.2. Снижение негативного эмоционального состояния у детей, посещающих лечебно-профилактические учреждения	38
4. ВОСПИТАНИЕ ПОЗИТИВНОЙ УСТАНОВКИ У РЕБЕНКА ПО ОТНОШЕНИЮ К ВРАЧАМ	40
4.1. Элементы телесноориентированной психотерапии в контакте с ребенком	41
4.2. Арттерапия в работе психолога с детьми, страдающими соматическими заболеваниями	43
4.3. Куклотерапия как способ коррекции эмоциональной сферы соматически больного ребенка	49
4.4. Терапевтические сказки для соматически больных детей	52
4.5. Аутогенная тренировка	53
4.6. Использование подвижных игр	56
4.7. Использование анималотерапии	68
ГЛОССАРИЙ	72

ВВЕДЕНИЕ

Психологическое сопровождение при психических и соматических нарушениях у детей

Психологическое сопровождение при психических и соматических нарушениях у детей в настоящее время привлекает все больше внимания, как качественно новый вид психологической помощи, не только психологов, врачей, но и всех специалистов разных областей научного знания, чья работа связана с больными детьми. Согласованная помощь смежных специалистов имеет больше возможностей для помощи больному ребенку, является более эффективной, а значит потенциально востребованной. В данной работе описаны психотехники, методы психотерапевтической работы, которые помогут организовать и направить работу психолога с соматически больным ребенком, понимая, поддерживая и способствуя его гармоничному развитию.

Здоровье нации является основной ценностью каждого государства, обеспечивающей его безопасность, экономическую и политическую стабильность. Состояние здоровья населения, особенно молодого поколения, во всем мире имеет тенденцию к ухудшению. Утешительных прогнозов немного, ситуация в будущем может не измениться. По данным медицинских исследований уже в дошкольном возрасте более чем у 2/3 детского контингента (68%) возникают множественные нарушения функционального характера, 17% детей имеют хронические заболевания, пограничные психические расстройства и только 1 ребенок из трех остается здоровым. По данным института возрастной физиологии за годы обучения в школе в пять раз возрастает число детей с нарушениями зрения и осанки. Показатели психофизиологического состояния студентов, обучающихся в вузах, имеют аналогичные тенденции, но бывают более или менее выражены в зависимости от социально-экономических, национально-этнических особенностей региона. Кроме того, любой город, район с крупнейшим промышленным предприятием, является достаточно «проблемным» регионом, неоднозначно влияющим на состояние здоровья населения и, в первую очередь, детей, подростков и молодежи.

Успехи разобщенных наук, профилактической, клинической медицины, психологии и систем социального обеспечения, за последнее время в обществе, обеспечили возможности углубленного исследования различных сторон человека, но вместе с тем «разделили» его на части, утратив целостное понятие здоровья. Если посмотреть на практику сегодняшнего дня, то чаще всего мы видим несогласованную деятельность – социального педагога и психолога, медика и дефектолога. Вряд ли проблема формирования "интегрального специалиста" может быть разрешена путем суммирования знаний из различных научных разделов. Многократное дублирование и современное оснащение учреждений различных служб не увеличивает производительность и качество деятельности. Только улучшение медицинского обслуживания не решит проблему сохранения здоровья.

Сегодня становятся востребованными инновационные социальные проекты, основанные на отношении к здоровью как общечеловеческой ценности и рассматривающие здоровье как фактор самоактуализации личности. Особенно остро стоит проблема формирования ценностного отношения к здоровью и мотивации к здоровому образу жизни, как к одному из важных факторов сохранения и развития здоровья. Необходимо вести поиск новых подходов в вопросах формирования здоровья, в организации длительного системного процесса, в преемственности семьи и социальных структур. Современное мнение большинства специалистов склоняется к мультидисциплинарному сопровождению. Проблема психолого-педагогического, медико-социального сопровождения, как согласованный вид деятельности, требует объединения педагогов, психологов, специальных и социальных педагогов, возрастных физиологов, медицинских работников, специалистов высшей школы и системы повышения квалификации педагогов и пр. Касаясь этой стороны

проблемы, еще А. Эйнштейн отмечал, что в ходе развития науки "деятельность отдельных исследователей неизбежно стягивается к все более ограниченному участку всеобщего знания. Эта специализация, что еще хуже, приводит к тому, что единое общее понимание всей науки, без чего истинная глубина исследовательского духа обязательно уменьшается, все с большим трудом поспевает за развитием науки...; она угрожает отнять у исследователя широкую перспективу, принижая его до уровня ремесленника".

Таким образом, перед лечебными, дошкольными, школьными учреждениями и обществом должны возникнуть новые задачи: разработка комплекса мер по охране и укреплению здоровья детей, интегрированного характера, соответствующего парадигме целостности; координация работы учреждений системы образования, здравоохранения и социальной защиты в решении проблем охраны и укрепления здоровья детей.

Например, современные технологии образования должны базироваться на понимании образования, здоровья, социализации как фундаментальных основ полноценного и **гармоничного развития** подрастающего поколения в соответствии с его физическими и психическими возможностями. Отмечено также, что зачастую процесс обучения и воспитания происходит без учета индивидуальных особенностей детей. Это приводит к различным стрессовым ситуациям, обостряет противоречия между генетико-биологическими задатками и способствует росту заболеваемости детей. Очевидно, что в действительности, приоритетными чаще являются проблемы образования и достижения его высокого уровня любой ценой, даже в ущерб здоровью обучающихся детей. Такая образовательная стратегия и тактика бесперспективна.

Многие врачи давно отделены от **больного как от целостной личности**. Возникновение новых узких специальностей акцентирует внимание врача на состоянии отдельных органов в ущерб интересу к единому, целостному организму, к индивидуальным физиологическим и психическим особенностям пациента. Здоровье и отсутствие заболеваний – это далеко не равнозначные вещи. Очень часто люди игнорируют тот факт, что в ситуации болезни изменяется не только соматическое (физическое), но и психическое состояние человека. При этом своеобразии реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром. "Проблема восстановления функций человека является в такой же мере проблемой физиологической, в какой мере и психологической". Поэтому нам представляется более естественным говорить об изменении не физического и (или) психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру [7], в которой человек понимается как единая био-психо-социальная система [10]. Вполне оправданными представляются попытки выдвижения, наряду с врачом-специалистом, диспансерного врача и врача семейного. Однако пока нельзя утверждать, что эти пробы успешны.

Анализ факторов и условий психического развития современных детей показывает, что внешний, **социальный фактор** также является значимым в возникновении и прогрессировании заболеваний. Состояние здравоохранения лишь в 10% случаев является причиной роста числа заболеваний, а наследственность – в 15% случаев, состояние окружающей среды определяет 25% из них, неблагоприятное же влияние условий и образа жизни является причиной 50% заболеваний [9]. В сложившихся условиях существования общества и развития молодого поколения, государственные программы сохранения здоровья населения на сегодняшний день приобрели, направленность на создание оптимальных условий для всей семейной системы, при этом оказание помощи семьям, воспитывающих больных детей, является приоритетным. Но все же, стоит заметить, что интегрированный характер помощи больным детям отсутствует, особенно остро ощущается проблема,

связанная с отсутствием взаимодействия между самыми различными учреждениями и специалистами.

Рассматривая проблему здоровья детского населения, особенно **психологической помощи ребенку** больному соматическими заболеваниями нельзя забывать, что эта помощь существенно отличается от помощи здоровым детям. Соматическое состояние оказывает значительное влияние на такие психические качества, как: способность к концентрации, объем памяти, эмоциональная устойчивость, возможность выносить длительные психические нагрузки [3], [8], [11], [12]. Результаты ряда исследований свидетельствуют о наличии специфических черт личности у соматически больных детей. К этим чертам относятся: повышенная тревожность, хроническое эмоциональное напряжение, неуверенность в себе, сниженная общительность, зависимость от чужого мнения. Процесс развития для такой категории детей и достижения ребенком благополучия во всех сферах связан с комплексным подходом, в котором интегрируются технологии воспитания, обучения, лечения, психологической реабилитации каждого ребенка. Эффективность психологической помощи ребенку, страдающему соматическим заболеванием, в значительной степени зависит от воздействия на социально-психологическую среду, которая его окружает. Поэтому, успешная психологическая помощь больному ребенку предполагает работу со всей семейной системой, включенной в процесс лечения, образования и развития.

Изучение психологических и психических особенностей соматически больных детей остается одним из актуальных направлений отечественной психологии, оно связано с отсутствием положительной динамики в вопросах улучшения здоровья детей. Уже к 2004 году государственные статистические данные показывали снижение числа абсолютно здоровых детей до 10% с увеличением количества часто и длительно болеющих до 70-75% и имеющих хронические заболевания до 15-20% [1]. Данные по процентному соотношению здоровых и соматически больных детей на текущий момент в литературе не освещены, но косвенные факты указывают, что категория соматически больных детей в силу нестабильности социально-экономических условий жизни населения и ухудшения экологической обстановки продолжает неуклонно расти. Больные дети, и в наше время, по-прежнему, вызывают повышенный интерес со стороны специалистов разного круга [6]. Это обосновывает потребность в дальнейшей разработке и реализации системной медико-психолого-педагогической помощи, психологического сопровождения и поддержки данной категории детей.

Тенденцию "смыкания наук" XX-XI вв, ставшей закономерностью современного этапа их развития и проявлением парадигмы целостности, четко уловил в своих прогнозах В. И. Вернадский. Он считал, что "впервые сливаются в единое целое все до сих пор шедшие в малой зависимости друг от друга, а иногда вполне независимо различные науки». Действительно, происходит взаимопроникновение и объединение в единое целое самых различных направлений научного познания мира, взаимодействие разнообразных методов и идей.

Спектр приложения исследований в смежных научных сферах расширяется в связи с увеличением количества детей, имеющих нарушения здоровья требующих медицинской, педагогической коррекции и пролонгированного психологического воздействия. Это открывает широкие перспективы более глубокого понимания этиологии, патогенеза, структуры дефекта и способствует более эффективному воздействию на его причину при лечении и реабилитации. В частности, комплексная помощь детям, страдающим соматическими заболеваниями, позволит выявить на ранних стадиях неадекватные состояния и реакции: депрессивные, тревожные, ипохондрические, истерические, эйфорические и другие; а так же разработать комплексы психотерапевтических и лечебно-педагогических воздействий при различных типах реакции личности на заболевание с учетом

характерологических особенностей больных, их психофизиологического статуса и семейной ситуации. Только совместная работа (в условиях «одной команды») психологов, социальных работников, педагогов, физиологов, медицинских и юридических специалистов может дать реальный результат. Подобные интегрированные действия стимулируют положительную динамику при работе с патологиями органического и функционального характера у детей.

Таким образом, значимость комплексного, интегративного подхода к оказанию помощи детям, имеющим проблемы в развитии высока. Можно так же отметить актуальность и потенциальную востребованность психологического сопровождения.

Выход из сложившейся ситуации возможен при актуализации системного подхода в подготовке будущих специалистов психологов, что несомненно, поможет сформировать профессиональные компетенции, а так же при внедрении современной инновационной технологии комплексной помощи в сохранении здоровья и реабилитации больных детей.. Модель системы взаимодействия обеспечивает взаимосвязь всех составляющих здоровья – физического, психического, социального. Что в свою очередь говорит о достижении цели, предусматривающей воспитание здорового всесторонне гармонично физически развитого ребенка.

Литература:

1. Альбицкий В. Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. – НН.: НГМА, 2003. – 180 с.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы.-М.:Наука, 1980.- 197 с.
3. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Мн.: Харвест, 1998. – 300 с.
4. Исаев Д.Н. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб-б.: Речь, 2005. – 400 с.
5. Казакова Е.И. Кто помогает ребенку? (Доклад на 3-ей Всероссийской конференции «Психология в школе: цели и средства», 13-15 окт., ИМАТОН, Санкт-Петербург). // Психологическая газета 11/38/ноябрь 1996. С.17-19
6. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. - 288с.
7. Ковалевский В.А., Груздева О.В. Соматически больной ребенок дошкольного возраста: специфика социально-психологического развития. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 24.04.2011).
8. Кон И. С. Введение в сексологию. Курс лекций. Учебное пособие для вузов — М.: Олимп, Инфра-М, 1999. — 288 с.
9. Леонтьев Д.А. Личность: человек в мире и мир в человеке // Вопросы психологии. 1989. №3.С. 11-21.
10. Маханева М. Здоровый ребенок: Рекомендации по работе в детском саду и начальной школе.- М.: АРКТИ, 2004. – 264с.
11. Муравьева В.Н. Проблемы здоровья детей России // Здоровый ребенок – в здоровом социуме. – М.; Ставрополь, 1999. – 320 с.
12. Мясичев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды. – М., 1995. – 356 с.
13. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987. – 166 с.
14. Скрипкина Т.П. Психология доверия : Учебное пособие. – М.: Изд. центр «Академия», 2000. – 200 с.
15. Сонькин В. Д. Валеологический мониторинг детей и подростков / В. Д. Сонькин, В. В. Зайцева // Теория и практика физической культуры. — 1998.-№7.-С. 10-12.

16. Хрущев С.В., Поляков С.Д. Оценка физического развития школьников // Методические рекомендации, М., 1994, 10 с.
17. Дифференциация и интеграция научного познания [Электронный ресурс] // Группа 640. Официальное представительство. 2006-2011 All Rights Reserved. РГРТУ Рязанский Государственный Радиотехнический Университет Группа 640. Режим доступа: <http://rgrtu-640.narod.ru/philosophy/65.html> - свободный. (Дата обращения: 29.11.2011).

1. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК ВИД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1.1. Значение термина сопровождения и виды сопровождений

Исследование значения термина «**сопровождение**» с помощью разнообразных словарей и справочников позволило рассматривать его как совместные действия (система, процесс, вид деятельности) людей по отношению друг к другу в их социальном окружении. В практической деятельности и научной литературе встречаются понятия «медицинское сопровождение», «психологическое сопровождение», «научное сопровождение», «финансовое сопровождение», «социально-педагогическое сопровождение» и др. Использование термина «сопровождение» дополнительно подчеркивает самостоятельность субъекта в принятии решения.

Виды сопровождений

Медицинское сопровождение. 1. Осуществляется на основе алгоритма как непосредственное присутствие медицинского персонала для больных или группы здоровых людей, деятельность которых сопряжена с риском изменения состояния здоровья. В случае необходимости, работники медицинской службы готовы оказать квалифицированную помощь в полном объеме с доставкой пациента в профильный стационар. 2. Больного, немедленно, постоянно берет под контроль один квалифицированный консультант-врач «Семейный врач», способный быстро оценить положение, выбрать правильную стратегию лечения, а если необходимо – незамедлительно направить пациента к специалисту. Такой подход используется в современных частных клиниках, с целью повышения качества медицинского обслуживания. Дети, поступающие в учреждение, имеют самые разнообразные проблемы со здоровьем, требующие различного уровня медицинской сопровождения. От санитарно-гигиенических мероприятий до высококвалифицированной специализированной помощи.

Социальное сопровождение - это «значит подойти, взять за руку и дальше идти вместе». Для выявления детей социального риска – беспризорников, сирот, детей из неблагополучных семей, малолетних правонарушителей – которые нуждаются в том, чтобы кто-то помог им определиться с целями и выбрать в жизни правильный путь. Социальное сопровождение можно представить в виде последовательности шагов, которые для достижения целей заявленных в сервисном плане, клиенту и консультанту необходимо предпринять совместно (Case management) [11]. Социальное сопровождение взрослых (осужденные, бывшие осужденные, потребители наркотиков, ВИЧ инфицированные, люди, страдающие алкоголизмом и их семьи) включает в себя набор услуг. Основные из них – это информационные, когда клиент через консультанта связывается с учреждениями медицинской, правовой службы и получает их помощь своевременно, в должном объеме и соответствующего качества. Цель - обеспечение доступа к услугам государственных учреждений здравоохранения, правовой и социальной защиты [10].

Педагогическое сопровождение - с одной стороны, несет в себе черты социального взаимодействия, но, с другой стороны, имеет свою специфику, проявляющуюся в первую очередь в профессиональных функциях педагога. 1. Специфика педагогического сопровождения, заключается в целенаправленном развитии личности сопровождаемого,

посредством специальных педагогических систем (образования, просвещения, воспитания, обучения, подготовки). При этом кроме формальных ролей существуют неформальные роли специалистов педагогического сопровождения, которые, например, по отношению к ребенку проявляются в обществе, например роли «родителей», «наставников», «руководителей», «учителей», «воспитателей» и т.д [8].

Педагогическое сопровождение учащихся предполагает разработку содержания, средств, методов образовательного процесса, направленного на выявление и использование субъектного опыта ученика, раскрытие способов его мышления, выстраивание индивидуальной траектории развития через реализацию образовательной программы с учетом личностных потребностей ученика. Бондарев Валерий Петрович, кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник Центра социально-профессионального самоопределения молодежи ИОСО РАО, считает, что педагогическое сопровождение, осуществляемое в стенах образовательного учреждения, реализует социальную функцию образования, дает возможность молодежи овладеть социально значимыми нормативами в виде заданных образцов и руководствоваться ими в собственном поведении [5].

«Чувство локтя» – это словосочетание максимально отражает суть педагогического сопровождения: «мы рядом, но не вместе – у каждого свой путь».

По Александровой Е.А. (2009), педагогическое сопровождение – тип педагогической деятельности, сущность которого как в превентивном процессе научения ребенка самостоятельно планировать свой жизненный путь и индивидуальный образовательный маршрут, организовывать жизнедеятельность, разрешать проблемные ситуации, так и в перманентной готовности адекватно отреагировать на ситуации его эмоционального дискомфорта.

Отсюда следует, что в качестве средств и приемов педагогического сопровождения нам следует обозначить средства и приемы индивидуального обучения, предполагающие опору на свободный выбор школьником и студентом своего индивидуального образовательного маршрута, базирующегося на его профессиональных предпочтениях и личных интересах [1]. Это не кратковременная акция, а процесс изучения ребенка и действия по его поддержке в решении образовательных задач, которые меняются, усложняются [7].

2. В современной школе сопровождение является воплощением гуманистического и личностно-ориентированного подходов и представляет собой «психолого-педагогические технологии, предназначенные для оказания помощи ребёнку на определённом этапе его развития в решении возникающих у него проблем, или в их предупреждении» [2, с. 3-5].

Психолого-педагогическое сопровождение в образовании включает в себя работу со всеми субъектами образовательного процесса: без тесного взаимодействия психолога с учащимися и их родителями, с педагогами и администрацией невозможно создать оптимальную развивающую среду. Психолог, особенно на начальных этапах освоения программы развивающего обучения, решает одни задачи с педагогом; он находится при этом не «рядом», а «внутри» учебно-воспитательного процесса, и от его деятельности зависит успешность реализации данной дидактической системы [3]. Сопровождение как психолого-педагогическая технология предназначена для оказания помощи и педагогам, и родителям, которые являются полноправными участниками образовательного процесса. Именно поэтому представляется целесообразным ставить вопрос о психолого-педагогическом сопровождении.

Психологическое сопровождение (в общем понимании) - целостный и непрерывный процесс изучения, анализа, формирования, развития и коррекции всех субъектов труда и жизни, попадающих в поле деятельности психологической службы или конкретного практического психолога. Ж. Годэн, один из ведущих специалистов мировой психологии и

психотерапии (Франция) считает, что «с психологической точки зрения сопровождать кого-либо означает начать действовать вместе с ним». Сопровождение пациента (Accompaniment) предполагает принятие в качестве исходной позиции того, что пациентом предлагается. Суть любого подхода и в психотерапии и в гипнозе заключается в умении сопровождать пациента. Качество сопровождения - предмет особой заботы терапевта.

Частный смысл, отражен в заглавии книги Сиднея Розена (1982) «Мой голос будет сопровождать тебя» - это название повторяет излюбленную фразу М. Эриксона. Сопровождение в воспоминании (Accompany thought a memory) - это простой, мягкий способ индукции гипноза. Он состоит в том, что пациента просят вспомнить эпизод из его жизни, когда он хорошо себя чувствовал, например, вспомнить свой отпуск. Благодаря оператору, соблюдающему определенные принципы, в том числе эмпатия, пациент получает возможность пережить эти воспоминания намного ярче, чем он смог бы это сделать один, и постепенно достичь удовлетворительного уровня гипноза [6].

Мамайчук Ирина Ивановна, доктор психологических наук, профессор факультета психологии СПбГУ, ведущий специалист по детской клинической психологии, опираясь на многолетний опыт работы с детьми и подростками с проблемами в развитии, дает очень точное и полное определение. Психологическое сопровождение – вид психологической помощи, осуществляемый психологом, направленный на созидание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме.

Таким образом, психологическое сопровождение опирается на теорию биопсихосоциальной структуры человека, разработанную русским медиком, психиатром В.М. Бехтеревым [4], которая принимает во внимание не только телесные симптомы, но и личность человека (ребенка), с учетом социального взаимоотношения. Обращаясь за помощью к психологу, родители получают наиболее целостный подход к лечению своего ребенка. Страдание от болезни, переживание врачебных процедур, дискомфорт, страх, не только у ребенка, но и у его родителей сопутствуют заболеванию. Им требуется помощь психолога, поддержка социолога, педагога и т.д. Сохранение здоровья детей неразрывно связано с формированием современной, устойчиво функционирующей системой профилактики и помощи больным детям. Речь идет о помощи на основе комплексного подхода с учетом биопсихосоциальных факторов – психологическом сопровождении. Подобные программы разрабатывались, но междисциплинарные связи, взаимодействие в них не рассматриваются.

Литература:

1. Александрова Е.А. Виды педагогической поддержки и сопровождения индивидуального образования. [Электронный ресурс]: Институт системных исследований и координации социальных процессов / Библиотека / Педагогика / Александрова Екатерина Александровна. Режим доступа: <http://www.isiksp.ru/index.html> (29.04.2011), свободный. - Загл. с экрана.
2. Александровская Э.М. Психологическое сопровождение школьников [Текст]: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Э.М. Александровская, Н.И. Кокуркина, Н.В. Куренкова. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 208 с.
3. Барсукова И.Г. Педагог-психолог в системе развивающего обучения Д.Б. Эльконина – В.В. Давыдова [Текст]: Методическое пособие для школьных психологов / И.Г. Барсукова, М.В. Токарева. – Пермь, 1998. – 80 с.
4. Бехтерев В. М. Мозг: структура, функция, патология, психика / Избр. Труды в 2 томах. – М. 1994.

5. Бондарев В.П. Технология педагогического сопровождения учащихся в образовательном процессе. [Электронный ресурс]: Интернет-журнал "Эйдос". - 2001. - 19 мая. Режим доступа: <http://www.eidos.ru/journal/2001/0519-02.htm>. (29.04.2011), свободный. - В надзаг: Центр дистанционного образования "Эйдос".
6. Годэн. Ж. Новый гипноз: глоссарий, принципы и метод. Введение в эриксоновскую гипнотерапию/Перев. с франц. С. К. Чернетского. - М, 2003 г.
7. Коноплева А.Н., Лещинская Т.Л. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития: Монография. – Мн.: НИО, 2003. – 232 с.
8. Липский И.А. Педагогическое сопровождение развития личности: теоретические основания // Теоретико-методологические проблемы современного воспитания: Сборник научных трудов. - Волгоград, Перемена, 2004 - С. 280-287.
9. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – Спб.: Речь, 2001. – 220с.
10. Рекомендации по организации программы социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников. Изд-е: 2-е, М.:»СПИД фонд Восток-Запад», 2001. – 128с.
11. Case management standards of care. County of Los Angeles commission on HIV health services, LA, USA, 1998.

1.2. Психологическое сопровождение

Различные типы, модели, понятия сопровождения не являются антагонистическими и в идеальном варианте дополняют друг друга, а в целом образуют психо-медико-социально-педагогическое пространство, направленное на формирование, сохранение и укрепление здоровья ребенка и физического и психического.

Структура и содержание комплексной (медицинской, психологической, социальной, педагогической и др.) помощи определяют организационную форму ее оказания в детском медицинском или образовательном учреждении. Оптимальной организационной формой являются психологическое сопровождение, оно логически дополнит медицинское и обозначит связь с педагогическим, социальным и др. видами помощи. Развитие психологического сопровождения в системе здравоохранения детства позволит повысить эффективность оказания помощи детям и подросткам, страдающим различными заболеваниями, особенно психосоматическими расстройствами, их семьям и будет способствовать их социально-психологической адаптации.

В ситуации болезни изменяется не только соматическое (физическое), но и психическое состояние человека. При этом своеобразии реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром. Поэтому нам представляется более естественным говорить об изменении не физического и (или) психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру (Леонтьев Д.А., 1989). Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности Мясищева В.Н. (1960, 1998), в которой человек понимается как единая био-психо-социальная система. Поэтому, как подчеркивает П.К. Анохин: "Проблема восстановления функций человека является в такой же мере проблемой физиологической, в какой мере и психологической" (Анохин П.К., 1980, с. 51). В одной из последних работ, говоря о психологии будущего, Б.Г. Ананьев писал: «В наши дни осуществляется историческая миссия психологии как интегратора всех сфер человекознания и основного средства построения общей теории. Мы находимся еще в самом начале этого нового научного движения. Экстраполяция его тенденций позволяет уверенно представлять картину психологии будущего, интенсивного развития многих новых дисциплин теоретической и

прикладной психологии. Каждое новое достижение психологического анализа способствует прогрессу психологического синтеза именно теперь, когда наша наука вступила на путь изучения своего рода больших систем, из которых образуется психологическая структура человека». Ананьев Б.Г. продвигал новый, ценный, научно-объективный подход, начало которому было положено его учителем Бехтеревым В.М. [1]. Гиппенрейтер Ю.Б. считает, что у психологической науки больше возможностей для объяснения поведения человека, чем у любой другой науки.

В структуре психологической помощи психологическое сопровождение является важным, но недостаточно раскрытым видом деятельности. Представления о психологическом сопровождении либо размыты и описываются как содействие, либо сужены до рамок школьной психологической службы. Психологическое сопровождение, конечно, самостоятельный вид деятельности, хоть и взаимосвязан с другими блоками психологической помощи, его содержание не может подменяться психологической коррекцией. Безусловно, нельзя использовать «психологическое сопровождение» как современный синоним психологической помощи. Близкие понятия, но не синонимы: помощь, поддержка, обеспечение.

Г. Барднер, И. Ромазан, Т. Чередникова (1993) считают, что взрослый должен ценить естественные механизмы развития ребенка, не разрушать их, а раскрывать, при этом самому быть и наблюдателем, и соучастником, и исследователем. В зависимости от ситуации развития группы, межличностных отношений отдельных детей психологическое сопровождение предстает в различных формах психологических развивающих занятий.

Наблюдения показывают, что ритмичные встречи психолога со взрослыми и детьми в большей степени эффективны, чем эпизодические, квалифицированно проведенные интенсивные тренинги. В ежедневном общении детей или учителей, участвовавших в интенсивах, проводившихся приглашенными психологами, долгое время продолжается разговор об острых проблемах, обсуждавшихся на тренинге. Психологу приходится работать с проблемами, которые порождены в тренинговой группе. Возникает серьезный профессиональный вопрос о глубине, об определении меры личностного самораскрытия родителей, учителей, детей. И его надо решать хотя бы из соображения «не навреди».

Казакова Елена Ивановна – доктор педагогических наук, профессор Санкт-Петербургского государственного университета, научный руководитель школы им. А. М. Горчакова считает, что психологическое сопровождение должно стать не только господствующей идеологией, но и принципом организации психологической службы. Термин «психологическая служба» не совсем точен, предпочтительней говорить о «службе психолого-педагогического и медико-социального сопровождения», или, короче, «ППМС-сопровождения».

Валентина Николаевна Иванова, заместитель председателя Комитета Госдумы по образованию и науке, сопредседатель-координатор Всероссийского педагогического собрания, считает идеологию психологического сопровождения продуктом нашего времени, актуальным направлением: «Помните начало 90-х? Общество, освобождающееся от догм единственной идеологии, и школа, отказавшаяся рассматривать учеников как заготовки, которые нужно обработать по общей технологии, — они просто были обязаны вызвать к жизни что-то подобное. Уважение к уникальной личности, признание права на собственный выбор и принятие этого выбора — универсальные ценности истинно демократического общества. Не случайно именно они стали целью сопровождения».

О. В. Баранова, директор ППМС-центра Санкт-Петербурга, считает, что служба сопровождения играет важную роль в переориентации школы на гуманистические традиции: «свобода выбора потребовала действий. Сначала требования времени уловили передовые директора, и служба сопровождения появилась во многом их стараниями и в ответ на их

потребности. Теперь изменение традиций в школе очевидно. А без службы сопровождения все осталось бы только веянием времени».

Впрочем, если бы цели службы не совпадали с этим веянием, то она стала бы искусственным образованием. Сейчас общественное мнение требует повышения самосознания детей и родителей, а отсюда потребность в самой системе сопровождения.

Т. Н. Голубева, полагает, что само возникновение службы сопровождения явилось откликом на социальный заказ. Сегодняшняя необходимость службы, по ее мнению, и есть главный показатель ее эффективности. «Так что до тех пор, пока в обществе есть «спрос» на самостоятельную свободную личность, служба сопровождения без работы не останется». В настоящее время идея психологического сопровождения, актуальная, востребованная, развивается отвечающая потребностям современного общества. Время появления психологического сопровождения, как и его автор неизвестен.

Система (модель) психологического сопровождения соматически больного ребенка - функциональная структура. Комплекс медико-психологических, социально-педагогических средств и методов сопровождения больного ребенка, его семьи в лечебном и развивающем процессе.

Часто в процессе представления психологического сопровождения – удачной, на мой взгляд, формой работы с соматически больными детьми (в частности, в области профилактики заболеваемости и осложнений) – сталкиваешься с тем, что специалисты воспринимают психологическое сопровождение, как деятельность, которой занимаются или должны заниматься только школьные психологические службы (не службы здравоохранения или общественные организации). Например, психологическое сопровождение рассматривают в рамках педагогической психологии, то есть - предполагается отслеживание обучения, развития и воспитания: «Психологическое сопровождение - это процесс непосредственного взаимодействия психологической службы и учащихся, их родителей и учителей» (Владер Ю.М.); или «Психологическое сопровождение личности – это система профессиональной деятельности психолога, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и психического развития ребенка в ситуации школьного взаимодействия» (М.Р. Битянова, 2000).

Двусмысленность в толковании возникла из-за того, что понятие психологической помощи, чаще всего рассматривается в контексте школьной психологической службы, в рамках педагогики, воспитания и развития, естественно, что при таком понимании больные дети оказываются как бы за гранью психологической службы, психологического сопровождения.

Служба психологического сопровождения соматически больного ребенка – специализированное отделение в системе здравоохранения, для предоставления клиентам услуг согласно программе психологического сопровождения. Основной целью, которого является обеспечение условий, способствующих полноценному психическому и личностному развитию больного ребенка. В психологическом сопровождении осуществляет участие психолог и другие партнеры-участники, деятельность которых построена на условиях взаимных договоренностей.

Программа психологического сопровождения – алгоритм, последовательность и содержание этапов процесса психологического сопровождения. Совокупность психофизиологических, лечебно-профилактических, обучающих, организационных, управленческих факторов, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей.

Партнеры-участники психологического сопровождения – организации, специалисты, которые могут предоставить пациентам необходимые услуги в структуре

психологического сопровождения или вне ее (при отсутствии такой возможности в системе психологического сопровождения: медицинские, социальные, педагогические и др.).

Психологическое сопровождение соматически больного ребенка – это вид психологической помощи ребенку, страдающему соматическими заболеваниями, комплексного, динамического, направленного характера.

Психологическое сопровождение направлено на активизацию, расширение и использование ресурсов личности - в противовес выдаче рецептов и наработке стереотипов. Психологическое сопровождение - совместная работа, общее дело и родителя и специалиста и ребенка, если он достиг школьного, тем более подросткового возраста, направленная на раскрытие этих ресурсов, получение доступа к ним, преобразование личности и жизненного контекста и, в итоге - достижение адаптивности, социальности, целостности и душевной гармонии.

На схеме, предложенной Мамайчук И.И., представлена структура психологической помощи. Наглядно представлены все составляющие ее компоненты. Психологическое сопровождение является неотъемлемой частью работы психолога, не является синонимом психологической помощи или психологической коррекции (Рис. 1).



Рис. 1. Мамайчук И.И. Структура психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии (по Мамайчук И.И., 2001)

Литература:

1. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. Серия: Мастера психологии. Издательство: Питер, 272 с.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. -М.:Наука, 1980.- 197 с.
3. Барднер Г., Ромазан И., Чередникова Т. Я хочу!: Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей. – СПб., 1993.
4. Битянова М.Р. Школьный психолог: идея психолого-педагогического сопровождения // Директор школы. 1997. № 3. С. 4-12.
5. Владер Ю.М. Психологический курс «Психологический тренинг с элементами развивающего обучения», (1 - 3 КЛАСС). [Электронный ресурс]: По материалам сайта: Orang.com.ua. Режим доступа: http://fio.ifmo.ru/archive/group20/c2wu3/cc_051.htm (29.04.2011), свободный.

6. Гиппенрейтер, Ю.Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. — Москва: АСТ, 2008.
7. Как это делается в Питере. [Электронный ресурс]: еженедельника "Школьный психолог" № 10/2000. Режим доступа: http://psy.1september.ru/2000/10/3_6.htm (29.04.2011), свободный. Издательский дом "Первое сентября".
8. Леонтьев Д.А. Личность: человек в мире и мир в человеке // Вопросы психологии. 1989. №3.С. 11-21.
9. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. — Спб.: Речь, 2001. — 220с.
10. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды. — М., 1995. — 356 с.

1.3. Цель и этапы психологического сопровождения

Психологическое сопровождение невозможно осуществлять без цели, задач, этапов, принципов и программы. Это делает возможным выделять психологическое сопровождение как вид психологической помощи.

При кажущейся разногласии мнений все, так или иначе, выделяли два момента: цель службы сопровождения — помочь формированию самостоятельной личности, а главная особенность этой службы — комплексный подход к решению проблем ребенка.

Анализируя мнения разных психологов относительно цели психологического сопровождения, можно столкнуться со значительным разнообразием. Цель то в социальной адаптации, то в самореализации, то в способности делать ответственный выбор, а это, по сути дела, разные вещи. Если объединить их, обозначить общую точку, появится «самостоятельность».

Что же касается комплексности, то тут совершенно единодушно ее называют главной характеристикой психологического сопровождения.

В организации и в содержании приемов психологического сопровождения четкой линии не прослеживается, часто предлагаемые методы имеют существенные различия, тем не менее, психологи говорят, что главная цель — это подготовить ребенка к взрослой жизни и научить его самостоятельному решению своих проблем.

Некоторые психологи вкладывают в идею сопровождения только идею коррекции, в таком случае речь идет не только о сужении понятия, но и о подмене психологического сопровождения коррекционной программой.

Совместное обсуждение проблемы пациента и поиск ее решения, а не предложение конкретного действия вместо него, это очень сложно. Решить за ребенка, за маму, за учителя гораздо легче.

Цель психологического сопровождения личности заключается в организации сотрудничества с ребенком, направленного на его самопознание, поиск путей самоуправления внутренним миром и системой отношений.

Для больных детей, перенесших соматические катастрофы, тяжелые операции, имеющих хроническое заболевание и инвалидность наиболее эффективной формой оказания психологической работы является психологическое сопровождение. Для психологического сопровождения рекомендуется применять научно обоснованную систему поэтапных психогигиенических, психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий, предусматривающую необходимость единого психосоматического подхода.

Психологическое сопровождение необходимо в момент медикаментозного лечения детей, больных различными соматическими заболеваниями.

Целью психологического сопровождения соматически больных детей являются способствование процессу реабилитации, через процесс конструктивной перестройки системы отношений личности, с учетом изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, достижение возможно более высокого уровня психологического и социального восстановления после заболевания, учитывая результаты работы специалистов смежных областей при этом привнося свои знания в общий процесс.

Для решения этой цели выделим следующие задачи:

1. Выявление возможных психологических причин, «проблемных» зон, спровоцировавших возникновение заболевания у ребенка, и их устранение.
2. Способствовать установлению доброжелательных и доверительных отношений больного ребенка, его родителей с медицинскими работниками, педагогами, другими детьми.
3. Восстановление защитных сил организма, улучшение психического состояния. Ослабление отрицательных эмоций больных детей, обусловленных отрывом их от семьи, изоляцией в пределах отделения или палаты.
4. Профилактика стрессовых и постстрессовых состояний у детей. Смягчение стрессогенного влияния болезненных и других крайне неблагоприятных диагностических и лечебных процедур.
5. Формирование уверенности и мотивации к преодолению трудностей. Профилактика госпитализма. Мотивация на соблюдение врачебных процедур и необходимого режима. Осознание детьми своей ответственности за здоровье.
6. Повышение социально-психологической компетенции детей при взаимодействии с социумом. Преодоление дезадаптации детей посредством воздействия на психическую сферу.
7. Предоставление материалов работы и исследования всем заинтересованным в здоровье ребенка специалистам.

Объектом психологического сопровождения является соматически больной ребенок (до 18 лет), его микроокружение, в первую очередь семья, персонал лечебного окружения, учреждения образования, организации без которых невозможно психологическое сопровождение и эффективная социальная адаптация.

В центре внимания психологического сопровождения в педиатрии - соматически больной ребенок, имеющий особенности поведения, личностные особенности, психическую дезадаптацию и т.д., что может послужить основой для включения его в конкретную программу психологического сопровождения.

Основные задачи организации психологического сопровождения в контексте детского здравоохранения:

1. Провести необходимую оценку и составить план оказания всесторонней помощи, касающейся основных сфер жизни клиента: психологической, социальной, медицинской, педагогической и т.д.
2. Убедиться, что семье доступны все виды услуг и что они соответствуют его потребностям. Облегчать доступ и расширять сферу необходимых услуг.
3. Обеспечить непрерывность помощи на всех этапах с привлечением различных организаций.
4. Уменьшить вероятность дублирования услуг и следить за качеством их предоставления.
5. Оказывать поддержку самостоятельной деятельности клиентов и его семье.

6. Увеличить осведомленность клиента, способствовать медико-психологической грамотности, предоставлять информацию о факторах, влияющих на здоровье, необходимости соблюдения врачебных предписаний, формировать мотивацию здорового образа жизни.

Этапы психологического сопровождения соматически больных детей

а) выявление детей с тяжелыми, хроническими соматическими заболеваниями, нуждающихся в психологическом сопровождении, психодиагностика ребенка и родителей;

б) осведомление, информирование специалистов друг друга в отношении соматического и психического статуса больного ребенка, связь с родителями, информирование семьи или родственников, близких больного ребенка;

в) постановка на учет и разработка примерной индивидуальной программы психологического сопровождения;

г) оказание систематической психологической помощи в течение длительного времени больному ребенку, создание возможности более раннего возвращению к учебной деятельности и социальной активности ребенка, проведение психотерапевтической и консультативной работы с родителями, семьей и т.д.;

д) взаимодействие с коллегами, другими специалистами, сообщение результатов работы, внесение корректив в план мероприятий, оценка эффективности психологического сопровождения. Возможна остановка психологического сопровождения при достигнутых результатах, снятия с диспансерного учета, или продолжение с возвращением на более ранние этапы.

В зависимости от тяжести заболевания больного ребенка при психологическом сопровождении психологу нужно стремиться:

- избегать явления госпитализации, сокращение сроков строгого постельного режима и длительности пребывания в стационаре;
- профилактика ятрогений, борьба с неоправданными ограничениями больничного режима и активности в повседневной жизни;
- работа с семьей больного ребенка, коллективом медицинского персонала, участвующего в его лечении, взаимодействие с педагогическим коллективом детский сад, школа, работа с коллективом сверстников в котором ребенку предстоит обучаться;
- включение методов арттерапии, рациональной психотерапии и аутогенной тренировки в комплекс лечебных мероприятий;
- побуждение больного ребенка к социальной активности, создание возможности взаимодействия с социумом.

1.4. Принципы психологического сопровождения

Сегодня во всем мире актуальны проблемы сохранения здоровья детского населения, повышения качества жизни, оказания эффективной помощи. Создание комплексного теоретического и практического человекознания становится одним из главнейших стимулов научного развития. Выдвижение проблемы человека в качестве общенаучной коренным образом изменяет взаимосвязи между различными областями знаний. Так, интеграция медицины, психологии, социологии и педагогики определяется, прежде всего, прогрессом в философской, психологической, исторической, физиологической и других научных сферах. Проблемы соотношения: социального и биологического; психического и соматического в человеке; развития его как личности и обучения - как здорового ребенка, так и страдающего

от хронического заболевания, целесообразно решать комплексно, в соответствии с достижениями в области человекознания [1].

Принцип комплексности в психологическом сопровождении. Комплексный подход, который лежит в основе сопровождения, «нагружает» ее участников одной серьезной проблемой. Для того чтобы все разнородные специалисты работали «в одной упряжке», необходимо обеспечить их четкое взаимодействие между собой. Это относится к взаимосвязям не только по вертикали, например между психологами, но и по горизонтали, между разными специалистами в команде. Они больше настроены на индивидуальную работу. Отсюда две сложности: незнание сферы деятельности коллег и неумение сотрудничать. Ведь для того, чтобы «грамотно» направить ребенка к дефектологу, психолог должен быть тоже чуть-чуть дефектологом. В таком случае необходимы специалисты, имеющие смежное образование.

В комплексном подходе должны принимать участие: психологи, социальные педагоги, дефектологи, врачи и логопеды. Главный — тот специалист данного конкретного коллектива, в ком наиболее развита способность к менеджменту при четком понимании идеи. В реальности чаще всего им оказывается педагог или психолог. О. Баранова имеет такую точку зрения: «Грамотный психолог является своеобразным клеем системы сопровождения. Его фигура не может быть заменена никакой другой. Если есть одна ставка, то ее обязательно нужно отдать психологу. Его роль, в зависимости от уровня компетенции, — от диспетчера до координатора. Диспетчер определяет, куда кого направить, а координатор согласовывает деятельность всей службы, — это более значимая роль. И задача психолога не стать командиром, а обеспечить коллегиальность» [5].

Психолог выполняет основополагающую стартовую функцию. Его первая задача — вычленив проблему и осмыслить ее. При этом важна не только диагностика проблемы, но и диагностика сильных сторон ребенка и окружения, на которые можно опереться при решении. Вообще-то начать с диагностики проблемы мог бы и любой другой специалист. Но социально-педагогическая диагностика у нас развита хуже, поэтому мы чаще всего начинаем с психологической диагностики, хотя нередко проблема оказывается в другой области. После диагностики, согласно логике сопровождения, нужно выработать программу действий. Если ситуация находится в компетенции психолога, то он это делает сам. В более сложных случаях программу вырабатывает команда. Психолог часто является лидером, а еще чаще и координатором и диспетчером на всех этапах помощи.

Ананьев Б.Г. в своих работах большое внимание уделяет комплексному изучению человека, этот аспект имеет исключительное значение для решения ряда практических и теоретических задач.

Человек представляет собой единство соматического и психологического начал. В ходе психологического сопровождения происходит поиск проблемной зоны, нащупывается границы сфер, а поскольку они не до конца ясны и нет полного разделения, любой лечебный процесс должен проходить при оказании психологического сопровождения. Комплексность способствует мультиэффективности, когда при решении одной проблемы одновременно возможно решать и другие, которые вытекают из выявленной проблемы.

Принцип синергии в психологическом сопровождении. Синергия (от греч. Synergos — (syn) вместе; (ergos) действующий, действие — это суммирующий эффект. Синергия - (сотрудничество, содействие) — означает совместное и однородное функционирование элементов системы. Знания и усилия нескольких человек могут организовываться таким образом, что они взаимно усиливаются. Целое больше простой суммы своих частей (Аристотель). Действие участников в системе психологического сопровождения направлено на достижение более высокого результата синергетического эффекта. Закон синергии

является основополагающим законом теории и практики организации. Всегда возможен как прирост энергии, так и снижение общего энергетического ресурса по сравнению с простой суммой энергетических возможностей входящих в неё элементов. Отрицательная синергия получается в результате абсолютно непрофессионального или преступного подхода к порученной деятельности. Синергетический эффект будет иметь место, если все участники психологического сопровождения сотрудничают и ориентированы на достижение одной общей цели. Если же они будут стремиться к достижению частных целей, синергетического эффекта не произойдет. Бригадная форма организации труда эффективнее, чем индивидуальная.

Три основных процесса в синергетическом действии — это адекватное планирование, эффективный обмен знаниями и оперативной информацией между сотрудниками организации и текущая координация работы.

Принцип созидания в психологическом сопровождении. Созидание - это активный процесс бесконечного развития, совершенствования и самореализации. По толковому словарю русского языка С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведова "Созидать - то же, что и создавать. Создавать великие творения. Творить - творчески создавать. Делать, совершать (какие-нибудь поступки), осуществлять. Творить добро. Творить суд и расправу. Созидание — это деятельность, направленная на организацию, создание, установление, строительство чего-либо. Созидание - книжная риторическая форма существительного "создание" (от гл. создавать). Носит оттенок положительного, конструктивного действия. Чаще используется применительно к нематериальным объектам. Например, созидание благ, созидание единства. Создание чего-то нового, творчество. Антоним слова созидание - разрушение. Но разрушение это тоже своего рода созидание. Есть английское выражение Destroy For Creation, дословно которое переводится уничтожение для создания (творчества). Когда Ты помогаешь человеку или людям Ты созидашь! Всё, что делаешь, создаёшь, помогаешь, строишь - созидание/создание во благо, с позитивными целями, намерениями.

Принцип толерантности в психологическом сопровождении. Толерантность, как устойчивость к конфликтам, а не только терпимость [2]. Толерантность, как установка либерального принятия моделей поведения, убеждений и ценностей других. Это сложный многоаспектный, многокомпонентный феномен, предполагающий способность к проявлению сознательных усилий по регулированию своего эмоционального состояния и поведения при взаимодействии с любыми людьми, в том числе, вызывающими отношение неприятия, раздражения [6, с.5]. В основе толерантности лежит активное отношение, формируемое на основе признания универсальных прав и основных свобод человека [7]. В понятие толерантность включается сдерживание негативного реагирования на нравственно значимый фактор, исключая насилие. При этом необходимо учитывать, что терпимость является выражением свободной эмпатии, не может порождаться угрозой, мольбой, подражанием. За терпимость ошибочно могут быть приняты следующие качества: замедленность реакций, неуверенность, циничность и пр. Толерантность связана с готовностью к взаимопониманию и пониманию другого на основе общечеловеческих ценностей, а также признание за ним права на существование. Толерантность дает возможность проводить конструктивный, критический диалог, расширять собственный опыт на основе критического осмысления.

Принцип динамичности в психологическом сопровождении. В толковом словаре русского языка С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова, динамика - ход развития, изменения какого-нибудь явления. Динамичность развития любой современной системы, науки, общества, личности, рост запросов потребителей, смена их предпочтений и пр. требуют внедрения новых, современных технологий, совершенствования технического оснащения, повышение уровня знаний, умений, навыков. Самоменеджмент – важный аспект любой деятельности.

Повышать уровень своих знаний можно по-разному: посещать семинары, читать специальную литературу, узнавать информацию из интернета, перенимать опыт у коллег. Главное – получать новые знания и обязательно их применять. Принцип динамичности в психологическом сопровождении естественная форма работы. Гибкая, творческая динамичная система помощи - легко и быстро перестраивается, отвечает потребностям конкретного больного ребенка и семьи. Не ребенок для «психологического сопровождения», а «психологическое сопровождение» для соматически больного ребенка и его семьи.

Принцип направленности в психологическом сопровождении. Принцип реализации теоретических целей, задач в практической деятельности. Намерения выражаются в действии. Психогенные факторы играют значимую роль в нарушении функций различных органов и систем у ребенка. Игнорирование или уменьшение этой роли приводит с одной стороны, к фармакологическому «залечиванию» ребенка, с другой, к хронизации патологического процесса. При этом не принимается во внимание, что развитие личности ребенка происходит в условиях особой социальной ситуации развития, связанной с болезнью. Частые и/или длительные нарушения функции искажают не только формирование феноменов телесности, но и оказывают воздействие на целостное психическое развитие ребенка [4].

Построение модели и схемы оказания помощи соматически больным детям и подросткам, с использованием психологического сопровождения позволит повысить эффективность этой помощи. Несмотря на кажущуюся разработанность проблемы и наличие множества психотерапевтических методов, используемых как в детской, так и во взрослой практике, направленность большинства из них носит симптоматический характер.

Повышение эффективности помощи соматически больным детям и подросткам, возможно при учете роли психологических факторов, механизмов взаимоотношения в семье и закономерностей развития с использованием комплексного подхода, специально организационного психологического сопровождения.

Принцип индивидуальности в психологическом сопровождении. Учет психофизиологических особенностей. Своеобразие психики и личности индивида, её неповторимость, уникальность. Индивидуальность проявляется в чертах темперамента, характера, в специфике интересов, качеств перцептивных процессов. Индивидуальность характеризуется не только неповторимыми свойствами, но и своеобразием взаимосвязей между ними. Предпосылкой формирования человеческой индивидуальности служат анатомо-физиологические задатки, которые преобразуются в процессе воспитания, имеющего общественно обусловленный характер, порождая широкую вариативность проявлений индивидуальности. Индивидом рождаются, личностью становятся, а индивидуальность отстаивают [2].

Принцип ресурсности в психологическом сопровождении. Ресурсность – это целый комплекс качеств, включающий в себя устремления, способности и возможности, настойчивость и гибкость, необходимые для достижения поставленной цели. Ресурсы по своему виду могут быть различными: личностные, социальные, психологические, профессиональные, физические и материальные. К наиболее значимым личностным ресурсам относятся: самоконтроль, самооценка, чувство собственного достоинства, «самоэффективность», оптимизм, чувство связи с миром, мотивация и др. Социальные ресурсы включают моральную поддержку, жизненные ценности, доверием, верой в себя, уверенностью, межличностными отношениями и пр. психологические ресурсы отражают когнитивные, психомоторные, эмоциональные и другие возможности человека при решении проблем. Профессиональные ресурсы – это знания, навыки, опыт преодоления сложных ситуаций. Физический ресурс – это функциональные возможности организма человека. Материальные – финансовые ресурсы, жилищные и другие виды обеспечения человека [8].

Более желательна опора на сильные стороны в личности и поведения ребенка, фиксирование внимания на здоровье. Преимущество позитивных воздействий (подкреплений) над негативными (запретами, порицаниями). Неблагоприятное воздействие на здоровье и психическое развитие детей оказывает преобладание запретов, порицаний, неодобрений и т.д. формирует психологически ущербную личность с заниженной самооценкой, комплексом неполноценности, не способную ставить настоящие цели и добиваться их достижения, что является признаком психического нездоровья.

Основными ресурсами психологической поддержки является межличностная и социальная поддержка [10]. Общественная, социальная поддержка (support) в общем виде можно определить как всяческую помощь, оказываемую индивиду средой в трудных ситуациях. Сюда относятся, прежде всего, проблемные ситуации, стресс, болезнь, критические жизненные события и пр. но доступность этого ресурса различна. Люди с низким экономическим статусом чаще чувствуют бессилие, пассивность перед трудностями жизни, нежели представители обеспеченных слоев общества [3].

Реализация этих принципиальных положений требует формирование специальной команды, в которую на равных правах входят врачи, врачи-специалисты, средний медицинский персонал, психотерапевты, психологи, педагоги, специалисты по физической культуре, социальные работники, юристы и пр.

Непрерывность и этапность может быть обеспечена только при функционировании единой системы: медицинские учреждения; местные органы социальной защиты; социально-психологические центры; учреждения образования общего среднего и дополнительного и др.

В общем, психологическое сопровождение должно отражать подход к предоставлению услуг, при котором **соблюдается право пациента:**

- на частную жизнь и конфиденциальность;
- на внимательное, непредвзятое отношение и уважение;
- на самоопределение и самостоятельность в жизни;
- на получение психологических, медицинских и социальных и др. услуг высокого качества.

Основной элемент в технологии построения данной программы – это необходимость, прежде всего, определения баз, учреждения, на котором будет закреплена служба психологического сопровождения. Особенности функционирования службы зависят от того, как и на чем, будет базироваться специализированный вид помощи – психологическое сопровождение соматически больного ребенка (лечебно-профилактическое учреждение, стационар больницы, отделение и пр.).

Литература:

1. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. Серия: Мастера психологии. Издательство: Питер, 272 с.
2. Асмолов А.Г. Практическая психология и проектирование вариативного образования в России: от парадигмы конфликта – к парадигме толерантности. Психология образования: проблемы и перспективы. – М.: Смысл, 2004. С.6-10.
3. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. Часть 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса. – М.: ПЭРСЭ, 2006.
4. Исаев Д.Н. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб-б.: Речь, 2005. – 400 с.

5. Как это делается в Питере. [Электронный ресурс]: еженедельника "Школьный психолог" № 10/2000. Режим доступа: http://psy.1september.ru/2000/10/3_6.htm (29.04.2011), свободный. Издательский дом "Первое сентября".
6. Кожухарь Г.С. Проблема толерантности в межличностном общении // Вопросы психологии. 2006. №2. С.3-12.
7. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. Психологический журнал 2001, Т.22, №1
8. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 л: ил. – (Серия «Учебник для вузов»).
9. Толковый словарь русского языка. Сост. С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. М.: Азъ, 1993. С. 819.
10. Шакирова Г.М. О целенаправленном формировании нравственных убеждений // Вопросы психологии. 1991. №6. С.47-58.

2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

2.1. Медицинский аспект психологического сопровождения: психологическое содержание лечебного процесса

Несмотря на заметное усиление интереса к психологии, особенно в лечении заболеваний, до сих пор лечение детей даже с психосоматическими расстройствами в медицинских учреждениях проводится без учета психосоциальных факторов. С другой стороны, попытки некоторых практических психологов преувеличивать значение психогенных факторов и использовать в своей работе только психотерапевтические методы, ещё больше усугубляют состояние больного ребенка. Причиной подобного подхода, как у врачей, так и у психологов, по мнению Г.В. Залевского (2007), являются фиксированные формы поведения профессионалов, считающих, что их видение мира – единственно правильное.

Система лечебно-профилактического учреждения считается более перспективной, отвечает потребностям времени. Только в сети лечебно-профилактического учреждения, по данным И.М. Чиж, 1997,1999, возможно организовать и проводить своевременные и качественные профилактические, диагностические и лечебные мероприятия.

Эффективность работы поликлиники, в значительной мере, зависит от того, как осуществляется руководство в этом учреждении, от квалификации и уровня профессионализма медицинских специалистов. Предпосылкой эффективной деятельности лечебно-профилактических учреждений в сложных социально-экономических условиях является соответствие профессионального уровня специалистов поликлиник потребностям времени (В.А. Храпик, 1997). К тому же, среди причин большинства случаев ухудшения состояния у ребенка выделяют неправильные действия родителей пациентов и неадекватные действия медицинского персонала (Маколкин В.И. и др.,1996). Залогом успешной терапии любого заболевания является активное и грамотное участие родителей пациента в лечебном процессе (Собченко С.А. и др, 1991).

Литература:

1. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. Изд-во: М.: ИП РАН, 2007. - с.336.
2. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония. Топ Мед. 1996; 5: 24—26.

3. Маколкин В.И, Аббакумов С.А. Диагностические критерии НЦД. Кл мед 1996; 3: 22—24.
4. Собченко С.А. Особенности течения и организация длительного лечения поздней астмы: Авторская диссертация ... д. мед. наук.— СПб., 1997.— С. 302.
5. Храпик В.А. Стратегия достижения профессионализма. Автореф. дис. ... канд. психол. наук - М., 1997.
6. Чиж И.М. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил: итоги и перспективы. //Воен.-мед. журн. -1999. - № 1. С. 2-11.
7. Чиж И.М. О первоочередных задачах медицинской службы // Воен.-мед. журн. - 1997. - Т. 318, N 7. С.1-7.

2.2. Модели взаимоотношения между врачом и пациентом

Как считает Г.С. Абрамова «При интервьюировании больного врач ориентируется, на три главные цели: установление контакта с больным, диагностику болезни, оценку эффективности лечения. По всей видимости, эти три главные цели, определяющие ориентацию врача во время интервьюирования больного, можно отнести также и к задачам коммуникации в системе: «врач–больной» [1; 356].

Особенно важно профессионально грамотно и умело провести с больным первую встречу и беседу, с которой и начинается лечебный процесс. Она важна как психотерапевтический фактор. Родители больного ребенка и ребенок должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь им. Конечно, трудно составить правила обращения с больными. В каждом конкретном случае он будет разный связан и с особенностями больного ребенка и его семьи и с опытом врача.

Индивидуальный подход, нахождение общего языка, выявление и учет конкретных особенностей характера - все это требует от врача «всего» трех вещей: желания, умения и времени.

На первый взгляд весьма парадоксальным выглядит тот факт, что при избытке умений и желаний, фактор времени оказывается решающим.

Американский биоэтик **Роберт Витч** выделяет четыре современные модели отношения между врачом и пациентом: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную [2, 4]. **Инженерная модель.** Пациент воспринимается врачом как безличный механизм. Задача врача — исправление отклонений в неисправном физиологическом механизме. Основной недостаток этого типа отношений является технократический подход к пациенту, который противоречит принципу уважения прав и достоинства личности. Некоторые врачи сознательно выбирают себе такую модель общения по принципу: меньше взаимодействия — меньше эмоций, это, по их мнению, снижает вероятность врачебной ошибки.

Патерналистская модель. Здесь межличностные отношения подобны отношениям священника и прихожанина или отца и ребёнка, наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту — любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Они были отражены в клятве Гипократа. Патерналистская модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий. В современной медицине такая модель остается наиболее предпочтительной и самой распространённой — старшее поколение врачей нашей страны предпочитает именно ее. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что пациент, интересующийся всеми подробностями своего лечения, может ощущать дискомфорт от постоянного ощущения навязывания врачебной позиции.

Коллегиальная модель. Следующий тип взаимоотношений — коллегиальный. Здесь господствует принцип равноправия. Врач сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между врачом и пациентом скорее исключение из правила. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно хорошо при хронических заболеваниях, где большую роль в успехе лечения играет участие пациента в контроле за своим состоянием.

Контрактная модель. Взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. В рамках такой модели пациент превращается в «клиента», а врач — в поставщика услуг. Такая модель сегодня характерна для западных стран, в частности, для США, где особенности страховой системы определяют высокие запросы пациента. Кстати, сегодня и наши врачи переходят к такому стилю общения. Лечение больных воспринимается как оказание платной услуги, которое, в случае неудовлетворения «клиента» станет поводом для судебного разбирательства.

Большей эффективности лечения можно добиться при наличии определенного уровня знаний родителей пациента об особенностях здоровья их ребенка, методах лечения, возможностях самоконтроля, а также при создании тесного союза между лечащим врачом и родителями больного ребенка. В этом союзе родители и врачи должны быть на равных, помнить, что от их взаимодействия зависит успех проводимого лечения. При разработке плана лечения нужно учитывать индивидуальные особенности ребенка, материальные возможности семьи, возраст ребенка и другую информацию, которую может предоставить родитель. Больше половины юных пациентов не принимают лекарственные препараты или не завершают начатое лечение, нарушают предложенные схемы из-за принципиальной позиции их родителей. В большинстве из этих случаев в дальнейшем им все же не удастся избежать вызова «скорой помощи» или госпитализации.

Действительно, невозможно спорить с тем, что «чем лучше коммуникации, — тем больше возрастает согласие пациента следовать плану лечения», что «тренировка коммуникационных навыков оказывает положительное влияние на согласие пациента принимать назначенное ему лекарственное средство» и что «нежелание пациента следовать предписаниям врача — одна из наиболее серьезных проблем в медицине». [3, С.162]

При любом подходе к проблеме коммуникации пациента и врача в центре внимания стоит личность пациента и врача. На приеме происходит сбор информации и данных, необходимых для постановки диагноза, объяснения, согласования и разъяснения тактики успешного лечения и профилактики, получения информированного согласия. Профессия врача — это, прежде всего, деятельность, связанная с искусством взаимодействия.

Литература:

1. Абрамова Г.С. Практическая психология Учебник для студентов вузов. Изд. 6. - М: Академический Проект, 2001. - 480 с.
2. Дарсавелидзе О. Каков он, идеальный врач? [Электронный ресурс] //Красноярская интернет-газета Newslab.ru/ Блоги / О медицине. Режим доступа: <http://www.newslab.ru/print/301122> свободный, «Информбюро», 2003—2011. (Дата обращения: 20.04.2011)

3. Лапин И. П. Плацебо и терапия. Серия: Мир медицины. Изд-во: Лань. М.:2000. -224 с.
4. Veatch R.M. Death, dying and the biological revolution.//New Haven and London. - 1978.

Представление здоровых детей о врачах

Наиболее важным и наименее определенным в профессии врача педиатра является взаимодействие с пациентом-ребенком. Среди причин большинства случаев ухудшения состояния у ребенка выделяют неправильные действия родителей пациентов и неадекватные действия, коммуникацию медицинского персонала (Маколкин В.И. и др.,1996). Солондаев В.К., Панина Ю.Ф. (2009) провели исследования в группе из 55 случайно отобранных женщин, имеющих детей от 0 до 16 лет, для этого использовалось стандартизованное интервью для сбора описаний типичных ситуаций «плохого» и «хорошего» взаимодействия с врачом по поводу ребенка. Наиболее неожиданным результатом стало отсутствие ребенка как действующего лица и отсутствие результатов лечения [8].

Эффективная педиатрическая помощь возможна только при грамотной профессиональной коммуникации врача с ребенком. Для этого необходимо понимание того, как ребенок воспринимает врача, его представление о нем, прошлый опыт, «идеальный» образ. Знания представлений ребенка о враче способствуют установлению лучшего контакта между врачом и ребенком, удовлетворят потребность в помощи и эмоциональном общении у маленького пациента. Если врач фиксирует своё внимание на соматическом неблагополучии ребенка-пациента, то личность данного ребёнка воспринимается им, лишь сквозь призму болезни, и тогда индивидуальность и внутренний мир ребенка, его переживания и опасения ускользают. Такая ситуация уводит врача от ребенка-пациента, а значит, от реально страдающего человека всё дальше. Врач и ребенок не взаимодействуют, не доверяют друг другу. В результате эффективность диагностики и лечения более низкая, чем могла бы быть. Поэтому перед врачом всегда должен быть, прежде всего, ребёнок с его болью и тревогой.

А что думают дети обо всей этой ситуации? Как им представляется врач? Какой доктор действительно поможет ребенку, не только избавит от симптомов, но и поможет обрести душевное равновесие? Может быть доктор Айболит?

Если устроить опрос о том, каков для россиян, образ идеального врача, то большинство ответят: джентльмен в возрасте, с бородкой и в пенсне, очень добрый, любящий все живое, готовый мчаться на край света, чтобы оказать врачебную помощь. Не многие знают, что именно в 2012 году всемирно известный сказочный доктор отмечает столетний юбилей. Впервые образ Айболита появляется в записных книжках Чуковского уже в 1912 году. Наверное, в нашей стране нет ребенка, который не был бы знаком с творчеством Корнея Ивановича Чуковского, его «Айболит», вот уже много десятков лет, держит лидерство среди самых популярных произведений для детей.

Взаимоотношения ребенка и медицины начинаются с рождения, связано с отрицательным опытом, болью. «Доктор Айболит» К.И. Чуковского ничего плохого (страшного и болезненного) своим пациентам не делает, что вызывает в отношении доктора повышенную любовь детского населения. Милая сказочная теория уступает место реальной практике. Ребенок и врач с трудом находят взаимопонимание. Дети испытывают страх и антипатию по отношению к медицинским работникам [5]. А встречают ли современные дети Айболита?

Цель исследования: выявление представления современных здоровых детей о врачах.

В исследовании принимали участие здоровые дети младшего школьного возраста. Все дети проявляли интерес и с удовольствием отвечали на вопросы и выполняли задания. Участие в исследовании было добровольным.

Предположительно, что: представление здоровых детей младшего школьного возраста о врачах имеют спектр отрицательных переживаний, они их боятся; образ «идеального» врача у детей схож с образом Айболита из сказки К.Чуковского - такой доктор является лучшим, идеальным для детей; к сожалению, в жизни, ребенок с такими «идеальными» врачами не встречается.

Представление – психический процесс, в результате которого отражаются, обобщаются, преобразовываются ранее пережитые события и ранее воспринимаемые объекты, предметы; знание и понимание, основанное на опыте, структурный элемент мировоззрения. Представление является переходной ступенью от конкретных образов к абстрактным понятиям, от ощущений к мышлению. В возрасте 7-9 лет у детей происходит интенсивное развитие представлений, связанное с развитием произвольности. В младшем школьном возрасте дети умеют произвольно вызывать нужные представления, в это время у детей происходит формирование индивидуальных различий в представлениях. Эмоциональное напряжение побуждает формировать образ «идеального» врача, который обладает возможностью оказать более эффективную помощь. Выяснение представлений здоровых детей о врачах, желаемых и реальных, помогут сделать процесс взаимодействия «Врач – ребенок» продуктивным для лечения и ускорят реабилитацию.

Каждый больной на основе культурных влияний (представлений общества о враче), прошлого опыта общения с представителями медицинской профессии (и вообще с авторитетными лицами) и характера ожидаемой помощи имеет определенный образ врача (эталон), который может удовлетворить его потребность в помощи и эмоциональном общении [7, С.53]. Малая степень сходства между обликом идеального и лечащего врача на всем протяжении пребывания в клинике может отражать невысокое качество общения с врачом и неудовлетворенность лечением [1]. Знание и учет врачом имеющегося у больного образа «идеального» врача способствуют установлению лучшего контакта между ними [7, С.28]. Важными условиями, определяющими установление контакта врача с больным, является представления последнего о враче на основе прошлого опыта и характер первой беседы, с которой и начинается лечебный процесс. [7, С.58]. Поэтому изучение представлений ребенка о враче, выяснение «идеально» образа необходимо для повышения эффективности лечения детей.

Идеальных врачей, конечно же, не существует, как не существует в мире ничего идеального, но во многих научных исследованиях часто используются «идеальные модели». Это такие модели, которые удовлетворяют наши потребности и отвечают нашим желаниям, представлениям. Попробуем и мы представить себе «идеального» врача, который сможет оказать ребенку грамотную помощь.

Вспомните теперь: «Всех излечит-исцелит добрый доктор Айболит...». Когда К. Чуковский писал для детей эти строки, он, конечно же, интуитивно выделил здесь две главные черты идеального доктора, каковым хочет представить маленькому читателю Айболита. Первая: он лечит один — всех, то есть все болезни. А значит, имеет широчайшие познания. Вторая же черта — доброта. Доброта, по-моему, должна проявляться не в сюсюканье и потакании всем прихотям больного, а в вежливости, чуткости, сострадании, отзывчивости, умении внимательно выслушать и ответить на вопросы.

Начальный этап в исследовании состоял в задании: «Нарисовать самого лучшего врача», намеренно избегались слова «добрый», «доктор» и не вносилось дополнительных пояснений или комментариев, чтобы не направлять рисунки детей и не способствовать

стереотипии, использованию в рисунках сюжетного шаблона. Детям предлагалось в свободной форме изобразить с помощью карандашей, фломастеров или красок то, как они представляют самого лучшего врача. Использование проективных методов даёт возможность автору проецировать реальность и по-своему интерпретировать ее [2]. Исследователи детского рисунка подчеркивают, что рисунок является своего рода рассказом и, по существу, не отличается от словесного рассказа [3], [4]. В «рисунках на заданную тему», (т. е. в ситуации стандартного изобразительного задания) содержится значительно больше информации о представлениях рисовавшего их человека, чем в простом рукописном тексте, поэтому такие рисунки являются весьма мощным психодиагностическим средством.

Чтобы провести оценку полученного материала, мы изучали: особенности эмоциональной экспрессии у детей при отражении темы врача, медицины; особенности использования детьми шаблонных сюжетов и персонажей; а также основные темы рисунков, характер изображения врача.

1. Можно утверждать, что представление, как познавательный процесс, хорошо сформировано у всех детей и соответствует возрастной норме. Все дети сумели представить и достаточно полно и ярко описать, как выглядит его лучший доктор.

2. Большинство детей обобщили в образе врача опыт взаимодействия с авторитетными лицами из своей жизни. Многие дети сближали образ лучшего врача, прежде всего, со своей матерью, со своим лечащим врачом, со своими родными (тетя, бабушка, папа). Известно, что профессия врача, даже для многих взрослых, окружена некоторым магическим ореолом, врач воспринимается как авторитет, с одной стороны, близкий к образу родителя (опека, забота, помощь), а с другой – образ учителя (представление знаний). Поскольку маленькие дети обладают высокой эмоциональностью, а их личность еще формируется, чаще именно первый образ ребенку значительно ближе.

3. При анализе графических характеристик рисунков мы исходили из положения К. Махвер о том, что степень или тип штриховки может считаться выражением тревоги. По особенностям деталей рисунка (в частности — по наличию штриховок) можно сделать вывод, что рисовавший находился в состоянии внутреннего напряжения [6]. Было обнаружено, что у большинства детей вне зависимости от возраста площадь заштрихованной поверхности занимает не менее половины рисунка, что может свидетельствовать о высокой эмоциональной насыщенности переживания взаимодействия с врачом и вообще вопросов медицинского плана.

4. Эмоциональное отношение детей к врачам очень разное. Но во многих рисунках (38% - портреты) выражена эмоциональная фиксация на фигуре врача, вовлеченность в процесс социальных взаимоотношений. Согласно Махвер К.: «Голова взрослого – наиболее важный орган, связанный с эмоциональным комфортом ребенка», «лицо – важный центр коммуникации, социальная часть жизни» [6, С. 37-38].

5. Несмотря на то, что объектом исследования были здоровые дети, некоторые демонстрировали в рисунках зависимую позицию, характерную, для больных детей, находящихся на лечении, таких рисунков 25%. Возможно это результат прошлых переживаний, сильного стресса, связанного с болезнью. Рисунков, где образ врача - друг, помощник 2%. Это свидетельство пассивно-оборонительной позиции.

6. Отражение деятельности врача в рисунках детей, присутствует не всегда. Интересно, что 28% рисунков детей это «ветеринар» - образ лучшего врача и ещё 32% детей сообщили об этом в беседе в конце задания. Самый страшный врач, по мнению детей – хирург. Его никто не рисовал. Мало кто из детей нарисовал врача специалиста (5% - стоматолог, 5% - врач скорой помощи). Были работы, преимущественно среди детей 9 лет, отражающие деятельность и активные действия врача. То есть для ребенка важно, насколько врач поглощен своей работой, Он должен быть врачом общего профиля - педиатром и «все

уметь». Дети ждут, чтобы врач им скорее помог, «вылечил», «выписал», «облегчил страдания».

После рисования использовалась методика «Неоконченные предложения», которая проводилась с каждым ребенком индивидуально. Существует множество различных вариантов этой методики, они являются модификацией широко известной методики Сиднея и Сакса, которую используют в клинической и исследовательской практике. Испытуемому предлагается закончить предъявленные ему незаконченные предложения, составленные так, что допускают практически неограниченное разнообразие возможностей их завершения. Полученные фразы, отражают значимые, актуальные переживания, отношения, представления, знания, связанные с врачами и здоровьем.

Для исследования представлений о врачах и отношения к ним из методики, разработанной Каган В.Е. и Шац И.К., выделены шкалы, связанные с врачами, госпитализацией, здоровьем, болезнью: «Отношение к врачу (госпитализации)», «Представление о здоровье» [3]. Кроме этого, введены дополнительные шкалы: «Представление о враче», «Представление об идеальном враче» - шкалы, раскрывающие личные знания, непосредственный опыт взаимодействия с врачами и желаемый образ врача для детей, а так же введена шкала, отражающая общую медицинскую осведомленность и грамотность.

Далее представлен анализ результатов методики «Неоконченные предложения».

1. 13% детей имеют ярко выраженное эмоциональное напряжение по **отношению к врачам**. Окончания их предложений: «Когда я вижу врача..», «Когда я первый раз пришел(а) к врачу из-за болезни...», было следующее: «начинаю плакать», «испугался», «сделал укол», «покрылся мурашками».

61% детей врачей боятся врачей, их предложения, как правило, заканчивались так: «боюсь», «стесняюсь», «немного испугался», «страшненько чуть-чуть». Желали бы избежать возможного контакта с врачами, дистанцироваться от них.

26% детей заявили, что совсем не боятся врачей. Их предложения завершились фразой: «не боюсь», «мне нравится», «рассмешил», «подарил игрушку». Можно предположить наличие в их жизни приятных воспоминаний о взаимодействии с врачом и о понимании важности медицинского осмотра и лечебных процедур.

2. 35% детей сильно переживают за свое **здоровье**. В результате беседы с родителями выяснилось, что это часто болеющие дети или один из членов их семьи тяжелобольной. Большинство детей за свое здоровье не переживают, но знают, что оно очень важно. 7% детей подчеркивают важность здоровья и считают себя абсолютно здоровыми людьми. В исследовании не встретились дети, которым бы их здоровье было безразлично.

Дети 6–9 лет здоровьем считают просто отсутствие болезни. Интересно, что девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Оценивая здоровье, дети больше ориентируются на соматическое благополучие.

3. В целом, дети смогли представить **образ «идеального» доктора**.

- «Идеальный» доктор – это «добрый» - (70%), «хороший», «самый лучший в мире», «вежливый», «заботливый», «веселый».

- Были указания на конкретных людей, с фиксацией на их образах: «мама» - (15% - в случае, когда по профессии мама-врач и мама не врач), «мой врач» - (6%), «моя бабушка», «моя тетя», «ветеринар», «психолог», «зубной», «главный врач», «медсестра».

- Указания на деятельность: «лечащий», «работающий», «всегда ходит на работу», «лечит животных», «больше всех лечит», «не делает уколов», «не говорит грубо», «лечит

малышей», «помогает», «не делает больно», «не кладет в больницу», «любит детей», «дает конфеты», «разрешает делать все что захочешь», «делает мне хорошо».

• Так же дети предполагают, где такого «идеального» врача можно встретить: «в самой лучшей поликлиники мира», «такие врачи есть» - 98%, «таких врачей нет» - 2%.

Результаты, полученные с помощью методики незаконченных предложений, позволили выделить следующие характеристики отношения к врачу: 1) всеми больными высоко оцениваются в первую очередь эмоциональные и морально-этические черты личности врача; 2) почти никто из больных не оценивает профессиональных качеств; 3) никто не оценивает интеллектуальных и физических качеств.

Малая степень сходства между образом идеального и лечащего врача у 18% - это предполагает внутрличностный и межличностный конфликт. Высокая степень сходства между образом идеального и лечащего врача у 18% - это свидетельствует о том, что ребенок доволен своим врачом. В 64% детских ответов присутствует естественная разница, между реальным и идеальным образом врача. Опираясь на теорию Лапина И.П., можно сказать, что если у детей преобладает малая степень сходства между обликом идеального и лечащего врача, то это отражает низкое качество общения ребенка с врачом и неудовлетворенность лечением [4].

4. Несмотря на свой юный возраст, 26,7% детей уже имеют негативный **опыт взаимодействия с врачами**, помнят неприятные процедуры, противопоказания, ограничения. Завершали незаконченные предложения: «Врач – это...», «Большинство врачей...», фразами: «зомби», «злодеи», «злые». 53,3% - помнят врача как хорошего и доброго человека. Незаконченные предложения: «Врач – это...», «Большинство врачей...», дети заканчивали так: «спаситель», «психолог», «доктор», «человек», «помощник», «моя бабушка». Остальные дети (20%) сосредоточены не на личности и межличностном взаимодействии, а на деятельности врача и на информационном опыте: «доктор», «человек, который лечит», «лечат людей», «осматривает», «делает уколы», «ходит по кабинетам», «делает, что хочет», «делает, что умеет». Врач не плохой и не хороший, он просто делает свое дело. Можно сказать, что в этом случае срабатывает рациональное представление о профессии врача и лечении или защитный механизм - рационализация. В то же время врачи редко: «ошибаются» - (7%), «ругаются». Мнения детей разошлись в следующих вопросах: «ходят куда-то» / «сидят дома», «делают уколы» / «не делают уколы», «лечат плохо» / «лечат хорошо», «помогают» / «не помогают», то есть с точки зрения и опыта детей в жизни бывает по-разному.

5. К сожалению, только несколько человек (2%) демонстрировали высокую грамотность в общих вопросах. 87% детей имеют низкую грамотность. Сохранение здоровья и заботу о нем дети связывают с отказом от сладостей и посещением врача. Это значит, сохранение здоровья является важным, но очень сложным, неприятным процессом.

Это подтверждает работы других исследователей. Например, Свистунова Е.В. обращает внимание на представление детей о внутренних органах. Дети думают, что количество органов у разных детей разное. По-разному оценивается и степень важности различных органов: на 1-е место дети ставят сердце, затем (с 9–10 лет) – мозг и, наконец, желудок. Среди детей младшего школьного возраста жизненно важными считают легкие, нос, глотку и рот. Если старшие дети судили о значимости органов по их участию в жизнедеятельности организма, то младшие — по тому времени, которое требовалось для ухода за ними; например, ноги назывались в связи с постоянной обязанностью их мыть. До 60% детей 4–6 лет относительно верно определяют расположение сердца, расположение других органов редко показывают правильно [6, С.49].

6. Используя средние значения, выполним анализ взаимосвязи шкал методики «Незаконченные предложения» с помощью статистической программы Statistika 6. Получена сильная положительная взаимосвязь (0,78 при $p < 0,05$) между переменными

методики «неоконченные предложения»: шкала 2 «представление о здоровье» и шкала 4 «представление о враче». Таким образом, можно сказать, что у здоровых детей здоровье связано с деятельностью реального врача, и представляется в виде пассивной, зависимой позиции.

Выводы

1. Исследование графических характеристик детских рисунков выявляет высокую степень эмоциональной насыщенности темы медицины. В представлении детей врач является одним из факторов, негативных переживаний, вызывающих тревогу. Дети «навязано» боятся врача, хотя в их памяти преобладают позитивные воспоминания.

2. Подавляющее большинство рисунков отражает стремление к передаче эмоциональной атмосферы при контакте с врачом. Такая позиция определяется повышенной потребностью детей в особом отношении, понимании, внимании, вследствие свойственного им возрастного эгоцентризма. Дети ориентированы на эмоциональный, коммуникативный аспект взаимодействия с врачом. Имеют установку на сочувствие, понимание и поддержку, в большей степени, чем наличие нового лекарства или нового оборудования, современного метода лечения.

3. Фигура врача отражает эмоциональную фиксацию современного, здорового ребенка младшего школьного возраста на поддерживающем его образе матери.

4. К особенностям экспрессивного выражения детьми собственных представлений (мыслей и ощущений) относится стремление большинства из них усилить смысловую нагрузку своего рисунка соответствующими комментариями к нему (текстом, сопровождающим рисунок). Например: «Берегите здоровье!», «Добрый доктор», «Все болезни лечит врач. Он уколёт – ты не плачь, веселей смотри вокруг: детский врач - ребятам друг!» и др.

5. Большинство детей 61% боятся врачей и желали бы избежать возможного контакта с врачами, дистанцироваться от них. У 80% детей представление о врачах связано с чувственно-эмоциональным опытом, а у 20% с информационным. В первую очередь дети ценят во враче черты характера, его личность, эмоциональное, чувственное отношение к ним. 70% хотят, чтоб он был добрым. Образ лучшего врача связан у детей младшего школьного возраста с образом матери в 15%, с образом бабушки в 6%.

6. Здоровье в представлении детей – это отсутствие болезни. Лишь 7% детей считают себя здоровыми. Девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Низкий уровень грамотности у детей в медицинской сфере способствует повышению тревоги, неуверенности дискомфорта при посещении врача и неправильной жизненной позиции в отношении своего здоровья.

7. Образ врача сопряжен в сознании ребенка со здоровьем, поскольку, как правило, встречаются они с врачом исключительно в случаях нарушения самочувствия. Дети считают, что именно врач несет ответственность за их здоровье.

По окончании исследования, можно сказать, что гипотеза, которую мы выдвинули в начале исследования, подтвердилась в первой ее части и частично – во второй.

1. Для детей младшего школьного возраста эмоциональный контакт «врач – ребенок» важнее, чем интерьер поликлиники, больницы, эффективные таблетки и новые методы лечения. Действительно, как мы и предполагали, дети боятся врачей. 74% здоровых детей испытывают страх перед врачами. Из них только 27% реально переживали угрозу своей жизни и здоровью сильным стрессом. А остальные 47% боятся врачей потому, что это «выученный страх», навязанный извне.

2. Образ доктора Айболита и «идеальный» образ врача для детей младшего школьного возраста имеют некоторые различия. Детям больше по душе женщина-врач, поскольку у нее преобладает «сопереживающий» комплекс черт, эмоциональность.

Сближение «идеального» образа врача, прежде всего, с матерью необходимо для детской психики условие комфорта и безопасности в сложной ситуации (болезнь). К тому же современная ситуация такова, что количество женщин-врачей в медицине преобладает. Женщины привносят в медицину, может быть, то, чего ей больше всего сегодня не хватает — душевность и сострадание к больному.

3. Образ «идеального» врача в представлении ребенка на 70% связан с добротой. «Идеальный» врач для современного ребенка – добрый, заботливый, вежливый, не ругается, веселый, много работает, помогает, проводит много времени на работе, лечит так, чтобы было приятно, а не больно, все разрешает, дарит игрушки и конфеты. Таким образом, всеми больными высоко оцениваются в первую очередь эмоциональные и морально-этические черты личности врача. Профессиональные, физические, интеллектуальные качества, имидж дети почти не упоминают. Малая и средняя степень сходства между образом идеального и лечащего врача у 82%, высокая у 18%. То есть некоторые современные дети все-таки встретили своего Айболита. В целом дети не удовлетворены качеством общения с врачом и лечением.

Таким образом, следует учитывать специфические представления ребенка о враче, здоровье и лечении, продолжать их изучение, проводить коррекцию образа врача, если он не является продуктивным. Это позволит существенно снизить эмоциональный дискомфорт ребенка, избежать вторичного напряжения, стресса, связанного с диагностическими и лечебными методами, настроить маленького пациента на выполнение необходимых рекомендаций, процедур, на содействие, а так же сформировать адекватные представления у ребенка о своем здоровье и степени ответственности за него. Так же детям желательно повышать свою грамотность и получать знания о своем организме, вредных или полезных факторах, влияющих на него, знания о врачах, здоровье, медицине, профилактических мероприятиях, а главное, формирование правильного образа жизни уже с ранних лет.

Литература:

1. Лапин И. П. Плацебо и терапия [Текст]: Серия: Мир медицины. Изд-во: Лань. М.:2000. -224 с.
2. Никольская И.М. Грановская Р.М. Психологическая защита у детей [Текст]. – СПб.: Речь, 2000. – 507с.
3. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии [Текст]: Учебное пособие. Под ред. Д.Н. Исаева и В. Е. Кагана. – С.-Пб.: ПМИ, 1991. - 80с.
4. Ромицина Е. Е. Здоровье глазами детей : опыт психологического анализа детских рисунков [Текст]. - // Вопросы психологии. - 2006. - №1. - С. 39-47.
5. Русякова Е.Е. Психологическое сопровождение соматически больного ребенка. [Электронный ресурс] / Е.Е. Русякова. – 145Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНиО ГАН «РАО». - №18282 от 04.07.2012.
6. Свистунова Е.В. Как ребенок воспринимает болезнь [Текст]: // Медицинская сестра, №6, 2012. С.47-52.
7. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса [Текст]. – Л.: Медицина, 1984. – 192с.
8. Солондаев В.К., Панина Ю.Ф. Анализ сюжетов взаимодействия врач – родители больного ребенка. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 05.03.2013).

9. Ruslyakova, E.E. Halthi children's idea of doctors. // Eastern European Scientific Journal (Gesellschaftswissenschaften): Düsseldorf (Germany): Auris Verlag, 2013, 2 - p. 206. (pp.70-79.). «Код интеллектуальной собственности»: DOI 1012851EESJ201304ART13

10. Ruslyakova, E.E. Halthi children's idea of doctors. [Электронный ресурс] / Eastern European Scientific Journal (Gesellschaftswissenschaften): Düsseldorf (Germany): Auris Verlag, 2013, 2 - p. 206. (pp.70-79.) – Режим доступа: http://www.auris-verlag.com/mediapool/99/990918/data/EESJ_9783942932455_Doi_10.12851_EESJ201304_.pdf (дата обращения: 30.04.2013).

Профессиональная коммуникация врача

Эффективная педиатрическая помощь возможна только при грамотной **профессиональной коммуникации** врача с обратившимися за помощью родителями больного ребенка. Наиболее важным и наименее определенным в профессии врача является взаимодействие с пациентом-ребенком. Обычно исследования сосредоточены на взаимодействии «врач-больной», реже взаимодействие «врач-родители больного ребенка» и совсем мало информации о взаимоотношении «врач – больной ребенок».

Как показали результаты исследования М.В. Монахова, О.В. Армашевской [2], между родителями детей-инвалидов и родителями здоровых детей имеются различия в оценке работы медучреждений: родителей практически здоровых детей в наибольшей степени тревожит низкое качество оказываемой детям медицинской помощи (49,6%), а родителей детей-инвалидов – недостаточное внимание и грубое их отношение (30,7%). Большинство родителей, принимавших участие в анкетировании, считают, что в целях предупреждения детской заболеваемости учреждениям здравоохранения следует проводить активную профилактическую работу с детьми и активизировать санитарно-просветительную деятельность по пропаганде и формированию здорового образа жизни в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях, детских садах и школах, а органам власти следует заботиться о повышении качества жизни семей. Заметим, что и сами медики признают необходимость улучшения профилактической работы [4, 3].

Общение обратившихся с врачами поликлиники нередко сводится к выписыванию рецептов. Дозы лекарственных препаратов для детей родители регулировали самостоятельно, результатом чего случаи передозировки или недостаточная концентрация лекарственного препарата. 62% родителей больных детей беседовали с врачом о заболевании ребенка, из них чуть больше половины 45% - по инициативе врача. Это значит, что в 55% случаев врачи молчаливы и не заинтересованы состоянием ребенка. Чаще всего собеседование проводили врачи стационаров, в которых дети лечились в момент обострения заболевания. Большинство родителей (70%) не удовлетворены полученными ответами и считают, что врач сам не всегда располагает точной и полной современной информацией о заболевании «врач сам не знает» или «а какой смысл?», «я и так все знаю». Тем не менее, лишь 59% больных знают разницу между препаратами для базисной и симптоматической терапии (Кароли Н.А. и др., 2001).

Таким образом, можно сделать вывод, что постулат «врач и семья – партнеры в борьбе с заболеванием» в настоящее время еще далек от своей реализации. Врачи зачастую занимают выжидательную, а пациенты – пассивную позицию.

Солондаев В.К., Панина Ю.Ф. (2009) провели исследования в группе из 55 случайно отобранных женщин, имеющих детей от 0 до 16 лет, для этого использовалось стандартизованное интервью для сбора описаний типичных ситуаций «плохого» и «хорошего» взаимодействия с врачом по поводу ребенка. Полученные ситуации были предъявлены трем группам из 5 случайно отобранных экспертов – медикам, студентам 5-го курса факультета психологии и родителям, не принимавшим участия в первом этапе.

Полученные результаты позволили обобщить сюжеты взаимодействия «врач – родители больного ребенка» и сделать следующие выводы о его процессуальных особенностях:

Таблица 1

Сюжеты «хорошего» и «плохого» взаимодействия с врачом

(Солондаев В.К., Панина Ю.Ф.)

	Сюжет «хорошего» взаимодействия с врачом предполагает:	Сюжет «плохого» взаимодействия с врачом предполагает:
	Демонстрацию врачом внимания и доброжелательности по отношению к родителям больного ребенка во время приема и после приема (приятный в общении, не повышает голос, ведёт себя корректно, объясняет свои действия);	Неоптимальную организацию медицинской помощи (очереди, длительное ожидание, неудобное время приема и др.);
	Принятие врачом на себя инициативы во взаимодействии (врач, а не родители звонит и интересуется здоровьем ребенка и др.);	Грубость, невнимательность медработников по отношению к родителям;
	Толерантность врача по отношению к представлениям родителей о здоровье ребенка (врач выслушивает все жалобы, не высказывает оценок, не дает рекомендаций, нарушающих образ жизни родителей и пр.).	«Явную некомпетентность» врача (грязные руки, не выслушивает, осматривает быстро, отказывается комментировать рекомендации и пр.).

Наиболее неожиданным результатом стало отсутствие ребенка как действующего лица и отсутствие результатов лечения (либо оценки результатов лечения родителем) во всех сюжетах исследуемой выборки [3].

Литература:

1. Кароли Н.А., Ребров А.П., Чеснокова Е.В. Реальность и эффективность взаимодействия врача и больного в амбулаторных условиях. //Аллергология: научно-практический журнал №4, 2001. С.44-46.
2. Монахов М.В., Армашевская О.В. Анализ своевременности диагностирования инвалидизирующих заболеваний у детей и удовлетворенности родителей оказанной им медико-социальной помощи [электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения — издание ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава», №4 2008 (8) – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/93/30/>, свободный. – Загл. с экрана. – № гос. регистрации Эл №ФС77–28654.

3. Солондаев В.К., Панина Ю.Ф. Анализ сюжетов взаимодействия врач – родители больного ребенка. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 05.04.2011).

4. Черная Н.Л., Мозжухина Л.И. Проблемы обеспечения качества профилактической медицинской помощи детям в детской поликлинике // Российский педиатрический журнал - 2002. - №6. - С.51–54.

2.3. Фактор доверия при взаимодействии «врач – родитель – ребенок»

Доверие в социологии и психологии — открытые, положительные взаимоотношения между людьми, содержащие уверенность в порядочности и доброжелательности другого человека, с которым доверяющий находится в тех или иных отношениях. Доверие как социально-психологическое явление является самостоятельным видом установки-отношения, сущность которой заключается, в наличии у человека в каждый момент определенной меры доверия, адресуемого себе и миру.

Доверие к себе и доверие к миру не существуют изолированно друг от друга и потому являются феноменами, имеющими лишь относительно самостоятельный статус. Мера доверия к миру и мера доверия к себе находятся в состоянии подвижного равновесия.

Человек всегда стремится к соответствию себя миру, поэтому при нарушении соответствия он делает выбор: либо увеличить меру доверия к миру, либо увеличить меру доверия к себе, чем и определяется стратегия поведения. Соответствие уровня доверия себе и уровня доверия к миру - основа уже освоенных форм поведения и деятельности. Преобладание доверия к миру - основа адаптивных форм активности; преобладание доверия к себе - основа неадаптивного поведения.

Доверие к социальному миру или доверие к другому как части мира, с которой взаимодействует человек, не существует изолированно от доверия к себе; вступая во взаимодействие с другим, субъекты, образуют единую систему, единую онтологию.

Явление доверия к себе - рефлексивное субъектное образование, которое связано с такими внутриличностными образованиями как самоуверенность, самоподдержка, самоуважение, самопринятие, саморуководство, интернальность в области достижений и некоторыми другими, но к ним несводимо [3].

Представитель Колумбийского университета доктор медицины Питер Мюннинг (Peter Muennig) выразил мнение, что фактором является невнимательность и торопливость неквалифицированного медика, от поведения которого во многом зависит уровень устанавливающегося между ним и его пациентами доверия [5, 6].

Для взаимодействия медицинского работника и родителей и детей-пациентов важен **фактор доверия**. Здесь психолог помогает установить оптимальный контакт. Обычно речь идет о доверии больного к врачу, и сама ситуация болезни и ее лечения содействует его повышению. Если родитель не доверяет врачу, он не может рассказать о сопутствующих у ребенка заболеваниях, утаивать проявление некоторых симптомов сознательно или из нежелания длительного взаимодействия с врачом, не выполнять рекомендации. Однако немаловажное значение имеет и определенная степень доверия врача к своему больному. Доктор, не доверяющий родителям, предполагающий недобросовестное отношение к лечению, будет перестраховываться, перепроверять анамнез, лабораторные данные и т.п. Исследование психологов показывают, что сознательное доверие строится на основе опыта, а бессознательное связано с тем, насколько люди схожи или соответствуют ожиданиям друг о друге (Смирнова Н.Н., 2010). Последнее является существенным фактором, определяющим характер эмоциональной дистанции между терапевтом и пациентом. Здесь следует различать жалость ("мне жаль Вас"), симпатию ("я сочувствую Вам") и эмпатию ("я с Вами").

Эмпатический подход необходим врачу прежде всего как человеческое отношение к пациенту, именно он необходим для углубления доверительного контакта. Барьером в установление доверительного отношения могут стать личностные черты, характер врача, родителя или больного ребенка [2].

Хорошо если врач находит контакт с родителями больного ребенка, с самим ребенком. Экспериментальным исследованием подтверждено, что если врач объясняет важность, пользу, необходимость медикаментозного лечения, преимущества или недостатки препарата, подбирает наиболее приемлемую (в том числе и в финансовом плане) терапию, то в таком случае, достигается высокий уровень комплайенса в 95% случаев. Больные используют назначенные препараты, стремятся к соблюдению врачебных процедур (Кароли Н.А. и др., 2001).

Литература:

1. Кароли Н.А., Ребров А.П., Чеснокова Е.В. Реальность и эффективность взаимодействия врача и больного в амбулаторных условиях. //Аллергология: научно-практический журнал №4, 2001. С.44-46.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. М.,2008.
3. Скрипкина Татьяна Петровна Психология доверия (теоретико-эмпирический анализ). Ростов н/Д,- 1998:- 14,5 п.л.
4. Смирнова Н.Н. Взаимодействие врача и пациента: коммуникативные аспекты. //Медицинская газета №11 – 07.02.2010. с.10-11.
5. Muennig P, Franks P, Lubetkin E, Jia H, Gold MR. "The burden of disease due to income" Social Science and Medicine 2005
6. Доверие пациента к врачу увеличивает результативность лечения. [Электронный ресурс] // Журнала Health Services Research, 12.12.2005. Режим доступа: <http://www.epochtimes.ru/content/view/2766/7/> свободный. 2004-2011 © (The Epoch Times), русская редакция Великая Эпоха. (Дата обращения: 20.04.2010)

3. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОТЕХНИК В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Медицина, психология и педагогика накопили не малый опыт применения различных видов психотерапии при соматических заболеваниях у детей и подростков. Высказывается мнение о целесообразности включения различных видов игр в комплексную терапию больных детей не только в условиях больниц, поликлиник и санаториев, но и в общеобразовательных и специальных средних учебных заведениях. Использование игр в психологическом сопровождении является еще и психопрофилактическим фактором, ослабляющим стрессорные реакции организма больного ребенка, которые возникают при болезненных, крайне неприятных и тягостных диагностических и лечебных процедурах и манипуляциях.

А.Г. Коган считает, что метод эффективного лечения основывается не только на достижениях медицины, научном прогрессе, но и на высоких гуманных принципах. Психотерапия и психопрофилактика – это часть врачебной этики и деонтологии. Следует с ним согласиться еще и в том, что психотерапия медленно внедряется в деятельность лечебно-профилактических учреждений.

Сначала в 30-40х годах XX столетия методы психотерапии внедрялись в практику лечения нервных и психических заболеваний у детей и подростков. Психоаналитический

метод З.Фрейда, М. Кляйн дает ребенку полную свободу в действиях, объясняя бессознательные тенденции, расшифровывая символику игры, творчества для снятия страхов и тревоги, устранить переживания и восстановить нарушенные взаимоотношения с родителями. А.Фрейд использовала приемы активного вмешательства, добиваясь устранения неадекватных реакций, стремилась сформировать у ребенка чувство доверия и любви к окружающим его взрослым, прежде всего к родителям.

Методы современной психологической практики позволяют не только создать способствующий лечению эмоциональный настрой больного, но и предотвратить возникновение психических и психосоматических нарушений, развивающихся после лечебных процедур и оперативных вмешательств.

3.1. Обеспечение психологической безопасности ребенка во время соматического заболевания

Важную роль во время заболевания и в период выздоровления играет психологический климат. Дело в том, что более чем 60% болезней имеют психосоматическую природу. Человек болеет в том случае, когда защитных сил организма не хватает, чтобы противостоять микробам. Это происходит в результате физиологических стрессов (недостаток кислорода, витаминов, физические нагрузки, переохлаждение и т.д.) и психологических травм, в основе которых лежат конфликты в семье, ссоры с другими детьми и т.п. Кроме того, наличие физиологических стрессов накладывает отпечаток не только на физическое, но и на психическое состояние ребенка. Создание условий психологического комфорта (когда окружающая среда оказывает не травмирующее, а развивающее воздействие на ребенка) получило название «психологической безопасности».

Психологическая безопасность — такое состояние, когда обеспечено успешное психическое развитие ребенка. В этом случае адекватно отражаются внутренние и внешние угрозы психическому здоровью ребенка.

Необходимо знать основные источники угрозы психологической безопасности ребенка и по мере сил совместно с воспитателями их устранять. Источники угрозы психологической безопасности ребенка условно можно разделить на две группы: внешние и внутренние.

Внешние источники:

I. Физические:

1. Неблагоприятные погодные условия.
2. Недооценка значения закаливания, сокращение пребывания ребенка на свежем воздухе.
3. Нерациональность и скудность питания, его однообразие и плохая организация.
4. Несоблюдение гигиенических требований к содержанию помещений и, в первую очередь, отсутствие режима проветривания.
5. Враждебность окружающей ребенка среды, когда ему ограничен доступ к игрушкам, не продумано цветовое и световое оформление пространства; отсутствуют необходимые условия для реализации естественной потребности в движении; действуют необоснованные запреты, вызванные псевдозаботой о безопасности ребенка.

II. Социальные:

1. Манипулирование детьми, наносящее серьезный ущерб позитивному развитию личности. Это проявляется в том, что взрослые стремятся все сделать за ребенка, тем самым лишая его самостоятельности и инициативы как в принятии решений, так и в поступках.

2. Межличностные отношения детей с другими детьми. Часто детское сообщество отвергает кого-то из сверстников, а воспитатели долгое время этого не замечают или не находят достаточно эффективных средств для устранения такого явления. В результате у отвергаемых детей появляется чувство дезориентации в микросоциуме, каковым является для ребенка дошкольное учреждение. Кроме того, в детском коллективе уже в раннем возрасте могут проявляться грубость и жестокость, на которую также нет должной реакции педагогов!

3. Интеллектуально-физические и психоэмоциональные перегрузки из-за нерационально построенного режима жизнедеятельности детей, однообразия будней.

4. Неправильная организация общения. Преобладание авторитарного стиля, отсутствие заинтересованности ребенком со стороны взрослых.

5. Отсутствие понятных ребенку правил, регулирующих его поведение в детском обществе.

Внутренними источниками угроз психологической безопасности ребенка могут быть:

1. Сформировавшиеся в результате неправильного воспитания в семье привычки негативного поведения. В результате малыш сознательно отвергается детьми и подсознательно взрослыми.

2. Осознание ребенком на фоне других детей своей неуспешности. Это способствует формированию комплекса неполноценности и зарождению такого, например, отрицательного чувства, как зависть.

3. Отсутствие автономности. Прямая зависимость во всем от взрослого, рождающая чувство беспомощности, когда приходится действовать самостоятельно.

4. Индивидуально-личностные особенности ребенка, например, сформировавшиеся (не без помощи взрослых) боязливость или привычка постоянно быть в центре внимания.

5. Патология физического развития, например, нарушение зрения, слуха и т.п. или болезнь.

Общим же источником угроз психологической безопасности ребенка является информация, которая неадекватно отражает окружающий его мир, т.е. вводит его в заблуждение, в мир иллюзий. Проще говоря, когда взрослые обманывают ребенка. Это может привести к психологическому срыву (например, убеждают, что мама скоро придет, и малыш находится в состоянии напряженного ожидания).

Признаки стрессового состояния малыша при нарушении его психологической безопасности могут проявляться в следующих симптомах:

- в трудностях засыпания и беспокойном сне;
- в усталости после нагрузки, которая совсем недавно его не утомляла;
- в беспричинной обидчивости, плаксивости или, наоборот, повышенной агрессивности;
- в рассеянности, невнимательности;

- в беспокойстве и непоседливости;
- в отсутствии уверенности в себе, которая выражается в том, что ребенок все чаще ищет одобрения у взрослых, буквально жметя к ним;
- в проявлении упрямства;
- в том, что он постоянно сосет соску, палец или жует что-нибудь, слишком жадно, без разбора ест, заглатывая при этом пищу (иногда, наоборот, отмечается стойкое нарушение аппетита);
- в боязни контактов, стремлении к уединению, в отказе участвовать в играх сверстников (часто ребенок бесцельно бродит по групповой, не находя себе занятия);
- в игре с половыми органами;
- в подергивании плеч, качании головой, дрожании Рук;
- в снижении массы тела или, напротив, начинающихся проявляться симптомах ожирения;
- в повышенной тревожности;
- в дневном и ночном недержании мочи, которых ранее не наблюдалось, и в некоторых других явлениях.

Все вышеперечисленные признаки говорят о том, что ребенок находится в состоянии психоэмоционального напряжения только в том случае, если они не наблюдались ранее.

3.2. Снижение негативного эмоционального состояния у детей, посещающих лечебно-профилактические учреждения

Эмоциональное состояние человека оказывает существенное влияние на течение и исход лечения. У детей эмоциональность является характерной чертой, поэтому важно, чтобы эмоции ребенка, возникшие в процессе лечения, были положительные, способствовали выздоровлению. Зачастую, у детей в процессе осмотра врача, лечения или даже просто посещения лечебно-профилактического учреждения (поликлиники, диспансера, специализированные санатории), возникает чувство напряженности, страха. «К тому же боль и страдание в результате какого-либо заболевания способствуют подкреплению страха перед врачами, лечением, учреждением, ведут к формированию самых разных отрицательных переживаний». [3, с.430]

Однако проблема негативных эмоциональных состояний, возникшая у больных детей, часто не затрагивается в лечение, хотя ее важность очевидна. Данная проблема должна решаться психологами соответствующих учреждений, а коррекция негативных эмоциональных состояний, связанных с посещением лечебно-профилактических учреждений, должна входить в общую программу лечения ребенка.

При теоретической разработке коррекционной программы необходимо обратить внимание:

- на знания об индивидуально-психологических особенностях ребенка;
- на знания о характерных возрастных реакциях на болезнь;
- на знания о механизмах защиты и стратегиях совладания, которые дети используют, чтобы справиться с отрицательными переживаниями.

Практическая часть коррекции эмоционального состояния должна включать работу с медицинским персоналом, с родителями, с детьми. Дети могут переносить свой страх лечения, переживание боли на медицинские учреждения и персонал. Врачам важно знать об этой проекции, быть более терпеливым, попытаться расположить к себе ребенка. Испытывая страх дети начинают искать помощь, причем поддержка со стороны членов семьи более желательна, чем поддержка просто взрослого, так как члены семьи более значимые люди для ребенка. Даже только присутствие в кабинете родителя, старших сиблингов может снизить степень напряженности.

Необычное, странное, непонятное, происходящее с пациентом, незнакомая обстановка и люди способствуют усилению детского страха, тревожности, нервозности. Страхом можно заразиться, наблюдая негативных эмоций у других детей. Поэтому долгое ожидание приема врача в поликлинике нежелательно. Лучше отвлечь внимание ребенка игрушкой или прогулкой с ним по улице. В это время полезно объяснить ребенку, что с ним происходит или будет происходить.

В настоящее время за рубежом широко практикуются пути ознакомления детей с предстоящим лечением с помощью специально изданных книг, видеофильмов (Б.Фергусок, М. Дорошев), или предварительное посещение кабинета врача (И. Стенбак). Совершенно уникальный метод работы по снижению негативных переживаний в процессе лечения ввел А.Греф, куклотерапия для тяжело больных детей.

Больные, которые получают больше информации до и вовремя лечения, меньше ощущают чувство дискомфорта, тревоги меньше страдают от боли и поправляются быстрее, чем те с которыми подобная работа не проводилась (Д.Вольф). Аналогичным образом, благоприятное влияние оказывает разъяснительная работа с родителями детей (В. Хауэз). По-видимому, доступность информации и даже простое внимание к ребенку со стороны медицинского персонала позволяет ему снизить тревожность и сформировать более рациональное отношение к процессу лечения.

Другой путь снижения отрицательных эмоций в процессе лечения предполагает обращение к семейному врачу. Такой вариант лечения, когда привычная домашняя обстановка, постоянный знакомый врач-друг легче воспринимается ребенком, создают ощущение психологической безопасности. Это также возможно в настоящее время с развитием частных клиник, введение новых организационных форм работы – стационар замещающие технологии (стационар на дому, дневные стационары в поликлиниках). Итоги зарубежных исследователей И.Кембола, Л.Демоса подчеркивают устойчивость психической адаптации, более благоприятный исход лечения в условиях дневного стационара поликлиник, чем нахождение ребенка в больнице на полной госпитализации.

Уменьшение чувства тревоги и страха перед предстоящими процедурами возможно с помощью игротерапии, кукольной драмы, группового обсуждения, ролевых игр, рисования страхов, которые должен проводить психолог. Так же психолог должен обучать таких детей и их родителей методам снижения напряжения и управления своими страхами, возникающими при посещении лечебно-профилактических учреждений. Например это могут быть методы десенсибилизации, моделирования, контроля потребностей и т.д. –любые доступные для ребенка и родителя методы саморегуляции эмоционального состояния.

Таким образом, целесообразно обратить внимание на проблему снижения негативного эмоционального состояния, возникшего у детей при посещении лечебно-профилактического учреждения, так как такие учреждения дети посещают очень часто и вместо профилактики и лечения заболевания постоянно сталкиваются со стресс-факторами. Это на прямую запускает психосоматические расстройства, а косвенно организм ребенка становится более уязвимыми

к различного рода заболеваниям. Стресс, переживаемый больным ребенком и его родителями, может стать серьезной помехой на пути к выздоровлению.

Литература:

1. Русякова Е.Е. Снижение негативного эмоционального состояния у детей, посещающих лечебно-профилактические учреждения // Психологические проблемы бытия человека в современном обществе. Проблемы гуманизации процесса обучения и воспитания: Материалы межвузовской научно-практической конференции. – Магнитогорск: МаГУ, 2001.– 211с., С.117-119.

4. ВОСПИТАНИЕ ПОЗИТИВНОЙ УСТАНОВКИ У РЕБЕНКА ПО ОТНОШЕНИЮ К ВРАЧАМ

Объективный фактор: боль, страх, страдание. Что говорить о болезнях, если даже с профилактической целью предусмотрено взятие клинического анализа крови, осмотры участкового педиатра и врачей-специалистов, а также прививки, вакцина против полиомиелита и некоторые лекарства - приятное исключение. Уколы, клизмы, заглядывания в рот, щупанья живота, горькие лекарства и все время рядом со страхом, рядом с болью, рядом с запретами и ограничениями. Все это делают люди в белых халатах. В настоящее время, очень многие болезненные и неприятные методы терапии могут быть абсолютно равноценно заменены приятными, безболезненными иногда более дорогими вариантами лечения.

Субъективный фактор. В упомянутой нами системе «врач-ребенок» существует важнейшее промежуточное звено - родители и лица, приближенные к последним (дедушки-бабушки, дяди-тети, братья-сестры). Совершенно очевидно, что до контакта с медициной осуществляется внутрисемейная подготовка, а после контакта - опять-таки внутрисемейный «разбор полетов». Очень важно помнить о том, что **антипатия ребенка к медицинским работникам не способствует меньшей болезненности медицинских процедур**. Осмотреть полость рта при любой болезни врач просто обязан, и он это сделает вне зависимости от того, захочет ребенок открывать рот или нет. В последнем случае будет больно и неприятно. Или не захочет врач слушать истерику и уговаривать, времени у него мало, будет упущен момент контроля болезни, вероятность госпитализации значит выше.

1. Своих родителей ребенок любит, а чужих нет, тем более врачей. Мама сказала, что будет не больно, а было больно. Врач значит, по детской логике, обманул и родителей и его. Противостояние врачу. **Категорически нельзя врать!** Ни про то, что будет не больно, ни про то, что в больницу не положат. Нельзя давать обещаний, которые могут оказаться невыполнимыми, а потом сваливать на докторов собственные педагогические огрехи («завтра я тебя из больницы заберу»; «я не могу тебя забрать, врачаха не отпускает»).

2. Ребенок со временем понимает, что родители его обманывают. Начинает сомневаться в родительской любви, снижается доверие и эмоциональные связи. Не смотря на все попытки быть хорошими, быть хорошими не получается. Участь всех часто болеющих детей - запугивание врачами. Ребенка в принципе лучше не запугивать, но одно дело пугать мифическими понятиями (бабой Ягой, дедом Бабаем, сереньким волчком который кусает за бочок и т.п.) и совсем другое - реально существующими явлениями. **Запугивание врачами, больницами и уколами следует рассматривать как одну из наибольших педагогических глупостей.** За примерами и цитатами далеко ходить не надо: ешь, а то положим в больницу; если не будешь спать, придется делать тебе уколы; сейчас вызовем врача, тогда узнаешь, как маму не слушаться...

3. Разъяснительные беседы с детьми всегда должны подчеркивать тот факт, (кстати, вполне очевидный) что данный, пусть даже весьма **противный и неприятный**

вариант лечения, обусловлен именно болезнью, а не желаниями врача быть в свою очередь противным и неприятным. Даже если Вы не считаете врача добрым хорошим и ласковым, не надо ребенку об этом сообщать. Категорически **недопустимо критиковать и критически обсуждать медицинских работников в присутствии детей.** Нельзя заставить ребенка полюбить врача, если аналогичной любви по отношению к врачу он не наблюдает со стороны других членов семьи. Возьмите на себя часть запретов, ограничений и требований – пусть необходимость постельного режима и глотания горькой таблетки, потребность в определенной (но нелюбимой пище) и визите в поликлинику исходят от Вас. Постоянными ссылками на врача, из-за которого все эти неприятности возникли, улучшить ситуацию вряд ли удастся, а сформировать антипатию по отношению к доктору - очень легко.

Не только касательно медицины, но и в жизни вообще, родителям в воспитании детей следует добиваться того, чтобы слово «надо» употреблялось редко, но при его употреблении выполнялось обязательно. Педагогика заканчивается там, где вопли и крики способны «надо» изменить на «не надо».

4.1. Элементы телесноориентированной психотерапии для работы с ребенком

Телесный контакт добавляет уверенности. Полезно гладить ребенка по голове, обнимать, держать за руку. По силе воздействия телесный контакт сопоставим с лекарством, снимающим боль и страх. И чем ближе отношения между людьми, тем эффективнее «лекарство». Проявление чувства через телесный контакт не может излечить раны, но может избавить от ощущения одиночества, страха и снизить интенсивность боли (Д. Серван-Шрейбер, 2010).

Многие дети чувствуют себя увереннее, когда во время разговора их глаза находятся на одном уровне с глазами их родителей. Близость на психологическом уровне скажет лучше, чем любые слова: «Мы вместе, я люблю тебя, ты не один».

В американском университете в штате Висконсин один из крупнейших специалистов по нейробиологии Ричард Дэвидсон (Richard Davidson) провел эксперимент: подвергая женщин легкому электрошоку, он с помощью приборов измерял страх и боль, которые они при этом испытывали. Магнитно-резонансный томограф фиксировал активность их мозговой деятельности. Если во время эксперимента женщина была одна, повышался уровень тревожности, страха и физической боли. Их эмоциональный мозг (лимбическая система) была задействована и демонстрировала высокую активность соответствующих структур.

Если сотрудник, незнакомый человек, держали их за руку, то уровень тревожности и страха снижался, хотя мозг все еще реагировал на боль. Когда же за руку держал муж, с которым они были в хороших близких отношениях организм успокаивался, на всех уровнях. Когда он брал ее за руку, изменялась деятельность одной из самых глубинных частей эмоционального мозга – гипоталамуса. Именно он регулирует выделение всех наших гормонов, в том числе гормонов стресса [2].

Игра: «Поздороваемся». Дети в больнице, переживающие болезненную симптоматику нерешительны, скованны в поведении, мало улыбаются, напряжены, не склонны к взаимодействию.

Цель игры: стимуляция положительных эмоций, отреагирование, провокация и преодоление «здесь и сейчас» нерешительности. Стимуляция телесного контакта.

Условия игры: Взрослый подходит к ребенку и предлагает: «Давай поздороваемся, вот так (указательными пальцами, большими пальцами); а так можешь? (предлагает поздороваться кулаками, локтями, коленками, плечами, подбородками, носами и т.д.)». В

зависимости от близости взрослого и ребенка, например: для мамы и ребенка желательно более близкое взаимодействие, а если это врач, педагог, психолог тем более, если ребенок видит его первый раз, стремиться к близкому контакту не нужно! Можно здороваться под счет. Например: посчитать до 5. Можно ввести условие закрытых глаз. Например: поздоровался пальцем и открываешь глаза. Взрослый индивидуально варьирует условия игры, усложняет или упрощает их. Можно предложить всем детям в палате поздороваться одновременно. Если ребенок отказался от телесного контакта или он не возможен, то можно поздороваться с игрушкой, чтобы не прерывать игровое взаимодействие с ребенком.

Игра: «Гадание». Для детей нерешительных, тревожных, с депрессивным фоном настроения. Для детей находящихся в тяжелом состоянии. При истощении организма

Цель игры: Стимуляция положительных эмоций, чувства юмора, снижение тревожно-депрессивного настроения. Переключение на положительные эмоциональные состояния. Развитие воображения, чувства юмора. Установка на борьбу с болезнью, формирование активной позиции. Стимуляция телесного контакта.

Условия: Взрослый подходит к ребенку и с серьезным выражением лица предлагает: «Давай я тебе погадаю по ладошке, то есть расскажу про тебя по ладошке. По ладошке я гадаю и что вижу, объясняю. На ладошку посмотрю, про..... (имя ребенка)..... расскажу! Ты ладонь не вырывай, все пять пальцев открывай (поглаживание руки)». В зависимости от состояния здоровья ребенка, эмоционального состояния взрослый варьирует неожиданность и новизну высказывания. Косвенно оценивается состояние ребенка, обсуждается ситуация болезни, госпитализации. Не использовать обидные слова, запугивание, негатив. Использовать чувство юмора, принятие, поддержку, стремиться к доверительному взаимодействию.

Телесно-ориентированная игра «Ласковый мелок». **Цель:** Игра способствует снятию мышечных зажимов, развитию тактильных ощущений.

Ход игры: Существует хорошее развлечение - рисовать или писать на спине друг у друга различные картинки или буквы, а затем отгадывать, что было изображено. Данная игра нравится многим детям, но, к сожалению, не очень подходит тревожным мальчикам и девочкам, т. к. они, пытаясь разгадать задумки партнера по игре, могут волноваться, переживать, вследствие чего напрягать мышцы сильнее и сильнее. Поэтому мы предлагаем модификацию данной игры.

Взрослый говорит ребенку следующее: «Мы с тобой будем рисовать друг другу на спине. Что ты хочешь, чтобы я сейчас нарисовал? Солнышко? Хорошо». И мягким прикосновением пальцев изображает контур солнца. «Похоже? А как бы ты нарисовал на моей спине или руке? А хочешь, я нарисую тебе солнце „ласковым" мелком?» И взрослый рисует, едва касаясь поверхности тела. «Тебе приятно, когда я так рисую? А хочешь сейчас белка или лиса нарисуют солнце своим „ласковым" хвостиком? А хочешь, я нарисую другое солнце, или луну, или что-нибудь еще?» После окончания игры взрослый нежными движениями руки «стирает» все, что он нарисовал, при этом слегка массируя спину или другой участок тела [3].

Упражнение «Обнималки». **Цель:** снятие мышечных зажимов. Этюд может быть использован в работе с тревожными детьми.

Психолог говорит детям: «Представьте, что вы обнимаете огромного слона, бегемотика, поросенка». Дети изображают «обнималки» широко расставив руки. Затем психолог предлагает детям погладить котенка, щенка, и аккуратно взять в ладошки хомячка. Заканчивается этюд обниманием себя и других детей [3].

Литература:

1. Серван-Шрейбер Д. Антирак. Новый образ жизни. Перевод с англ. Агеева О. Н.; Епимахов О. С. М.: Рипол Классик, 2010. 496с.
2. J.Coan, H. Schaefer, R. Davidson. Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. Psychological Science, 2006, vol. 17, №12.
3. Тренинговые упражнения. Упражнения для детей [Электронный ресурс] // Сайт Псифайлс. Режим доступа: <http://www.psy-files.ru> – свободный. (Дата обращения: 27.11.2011).

4.2. Арттерапия в работе психолога с детьми, страдающими соматическими заболеваниями

Многие авторы подчеркивают роль рисования в детском возрасте, как фактора, повышающего адаптационные способности маленького пациента в повседневной жизни. Рисуя то, что он хочет и как хочет, ребенок дает выход своим чувствам и обретает душевное равновесие.

Гуашь активизирует фантазию, и работа с ней не требует больших усилий. Это важно для больного, ослабленного организма.

Работа с фломастерами также развивает фантазию, поднимает настроение, создает дополнительную сенсорную стимуляцию, необходимую на поздних сроках восстановительного лечения, вместе с тем способствует укреплению сосредоточенности и усидчивости.

От восковых мелков и цветных карандашей ребенок быстро устает - штриховка, раскрашивание рисунков требует большого расхода энергии. Однако эти инструменты предоставляют большие возможности для выражения чувств.

Выбор бумаги, на которой рисует ребенок, тоже должен быть продуман. Стеснительным закрепощенным детям лучше предлагать большие листы, на которых можно "развернуться", беспокойным же, напротив, имеет смысл предложить бумагу маленького размера, которая потребует от них сосредоточенности в продумывании того, как уместить на листочке свой рисунок.

С помощью аппликации можно создавать различные композиции - как сюжетные, так и бессюжетные. Материалом может быть не только цветная бумага и картон, но и старые журналы. Просто вырезая, ребенок действует деструктивно, затрачивая минимум усилий. Создание же композиций уже является конструктивной работой. (При создании аппликаций и любой работе с ножницами, помните, что ножницы должны быть с тупыми закругленными концами) [2].

Если ребенок не в силах сам рисовать Макарова Г.Ю. предлагает проективную технику «**Мое желание**», в которой психолог, как волшебник помогает ребенку справиться с его совсем не сказочными трудностями [3].

Инструкция: Сейчас мы с тобой поиграем в необыкновенную игру. Ты будешь называть свои желания, а этот карандаш нарисует их. Подумай и скажи, что бы ты хотел, чтоб было, произошло в твоей жизни или исчезло из нее.

После того как ребенок заявит о своем желании, волшебный карандаш нарисует их, в схематической форме, а то, что он не хочет, волшебный карандаш зачеркнет. Игра продолжается, пока у ребенка не иссякнут желания. Это значит, что актуальные потребности

высказаны, проблемы обозначены. В процессе общения важно отслеживать реакции ребенка, позу, выражение лица, комментарии.

Для детей, которые могут рисовать будет полезным и интересным использовать различные способы рисования. Например, **живопись с помощью пальцев**. Такой вид живописи очень благотворно влияет на психику ребенка, так как успокаивает и расслабляет. Рисующий может сделать пробные рисунки, и от него не требуют большого мастерства. Кроме того, краски растекаются и переливаются, как эмоции. С помощью красок ребенок может выплеснуть эмоциональное напряжение во вне, происходит разрыв напряжения, наступает успокоение. Это также позволит вам отследить внутреннее состояние ребенка. Живопись помогает адекватно выразить эмоциональное состояние ребенка: гнев, обиду, боль, радость. И это прекрасно видно в работах. Детям приятны сенсорные ощущения. Прикосновение к краскам, их размазывание по ватману позволяет более полно включиться ребенку в процесс творчества, подключает внутренние резервы организма. Преодоление запретов, удовлетворение потребности запачкаться (и за это не будут ругать!) — очень важные моменты. Предварительно, конечно, необходимо надеть на ребенка фартук, дать ему легко смываемые краски и закрыть поверхность стола клеенкой.

Расспросите, что нарисовал ребенок, пусть расскажет, о чем рисунок.

Живопись с помощью ног. Если вы уже освоили живопись руками, то предлагаем вам попробовать рисовать с помощью ног.

Ноги обладают тонкой чувствительностью, но большую часть времени они находятся в обуви, в которой не могут ничего чувствовать. После окончания рисования ноги моют и вытирают полотенцем, в результате чего происходит массаж ног, который успокаивает ребенка.

При рисовании ногами следует расстелить большую клеенку. На нее положить листы ватмана или плотной бумаги, можно использовать остатки старых обоев. Рядом поставьте маленький лоток с краской.

Затем попросите ребенка снять обувь, носки и рассказать, что чувствуют ноги, когда они свободны, что можно изобразить с помощью ног. Покажите ребенку, как пользоваться краской, как и что ступнями и пальцами можно нарисовать. Попросите ребенка оставить как можно больше самых разнообразных отпечатков, посмотрите на характерные отличия. Пусть ребенок нарисует что-нибудь сам. Как только рисунок будет закончен, вымойте в ведре ноги, оботрите их и попросите ребенка рассказать, что он нарисовал. Обязательно похвалите его и сохраните рисунок.

Ученики 1-5 классов (всего 38 человек) нарисовали картинки на тему **“Я и моя болезнь”** и составили по ним рассказы.

Вспомним, какими болезнями люди болеют в детстве. Самые частые из них - простуды, к ним дети относят грипп, ангину, кашель и насморк или просто больные горло или ухо. Несколько реже встречаются детские инфекционные заболевания: краснуха, ветрянка и корь. Дальше идут травмы (например, переломы руки и ноги, ушибы и сотрясения мозга) и другие болезни, требующие пребывания в больнице с целью обследования или оперативного лечения: гланды и аденоиды, аппендицит, ожоги. Простужаются все дети, инфекционные болезни переносят многие из них, госпитализацию и операцию - единицы.

Каждый ребенок рисовал ту болезнь, которой он болел и о которой, поэтому, уже имел представление. Самыми частыми на рисунках были простуды, потом шли инфекционные болезни, реже всего были нарисованы травмы, операции и госпитализация. При этом оказалось, что две трети рисунков содержат один и тот же сюжет: лежит ребенок на кровати и болеет. Я болею, я лежу - вот что оказалось главным.

Рассказ Лены А., ученицы 5 класса: “Я болела ангиной. Сильно кашляла и все время лежала на кровати. Было очень скучно. Сидела дома одна, смотрела телевизор и все время пила чай. Очень хотелось в школу. Самое противное, что от кашля было не отстать, с каждым разом встряхивало, и во рту было неприятно”.

Этот короткий рассказ дает достаточно полную информацию о болезни десятилетней девочки: внешних проявлениях заболевания, особенностях его отражения в психике и о тех изменениях поведения, которые явились либо следствием болезни, либо защитой от нее. Внешнее проявление болезни, ее симптом, - “сильно кашляла”. Отражение болезни на уровне ощущения - “от кашля было не отстать”, “с каждым разом встряхивало, и во рту было неприятно”. Эмоциональный уровень - “очень скучно”. Поведенческие изменения как следствие болезни - “лежала”, “сидела дома одна”, “все время пила”. Защитная, отвлекающая от болезни стратегия поведения - “смотрела телевизор”. Мотивационный уровень болезни - “хотелось в школу”. Заметим, что в этом рассказе отсутствует только интеллектуальная переработка - размышления о природе болезни, ее причинах и следствиях, т.к. это - рассказ ребенка. Для детей интеллектуальная переработка информации (включение мышления) пока еще достаточно трудоемкая деятельность и потому встречается в их рассказах эпизодически.

Конечно, на рисунке дети изображали не только себя на кровати, но и градусник под мышкой, таблетки и микстуры на столике у кровати, врача, который пришел из поликлиники, маму, приносящую игрушечного медвежонка и воздушный шарик, собаку, “таскающую” кошку возле кровати, и прочее. То есть, несмотря на то, что главным было “Я болею, я лежу” (ощущения, восприятия и эмоциональные впечатления от своего больного “Я”), ребенок отражает в творчестве и характеристики окружающей социальной среды. Причем это окружение могло быть как угрожающим (уколы, горькие таблетки, злые врачи), так и помогающим ребенку (игрушки, родители, добрые врачи). Но все-таки в центре было - “Я болею, я лежу”, и такими же основными оказались острые, конкретные и очень определенные психические образы и эмоциональные впечатления, или сенситивный и эмоциональный уровни внутренней картины болезни. Это было связано не только с необычным для ребенка изменением физического состояния, образа своего телесного “Я”, но также и с предчувствием чего-то страшного. Возникает ощущение угрозы прекращения самого факта собственного существования в физическом (материальном) мире [1].

Работа с глиной. Поделки - это замечательный материал для раскрытия внутренних переживаний ребенка и снятия стрессового состояния.

Она сближает людей с их чувствами. Создается впечатление, что во время работы с глиной удастся проникать через панцирь, через барьеры на пути к ребенку. Наблюдая за работой ребенка с глиной, можно действительно увидеть, что происходит с ребенком. Это замечательный способ стимулировать словесное выражение чувств у детей. Работа с глиной хорошо сочетается с музыкальным сопровождением - можно попросить детей закрыть глаза и лепить вслепую - так контроль над их эмоциями еще больше спадает. Работа с глиной оставляет приятные ощущения, позволяет расслабиться. Гибкость и податливость глины дает возможность получать как тактильные, так и кинестетические (прикосновение, ощущение движения) ощущения. Ошибки в работе легко устраняются. Этот вид творчества самый наглядный и позволяет наблюдать за состоянием ребенка. Работа с глиной позволяет удовлетворить интерес ребенка к частям тела. Высохнув, глина превращается в мелкий порошок и легко смывается с рук, удаляется с одежды. Еще глина обладает свойствами, способствующими заживлению ран.

Ребенка полезно снабдить ящиком с инструментами для работы с глиной: картофельной толкушкой, палочкой для размешивания, колотушкой и т.д. Необходимо иметь баночки с водой для смывания глины.

При работе позвольте ребенку почувствовать глину. Для этого совместно можно выполнить следующие задания:

— закройте глаза и почувствуйте кусок глины, подружитесь с ним. Какой он? Гладкий? Ровный? Плотный? Выпуклый? Холодный? Теплый? Влажный? Сухой? Тяжелый или легкий?;

— отложите его и отщипните кусочек большой и поменьше;

— сожмите, разгладьте глину пальцами, тыльной стороной руки. После того как разгладили глину, ощупайте место, где разгладили;

— соедините все кусочки вместе, чтобы получился шарик;

— проткните глину;

— пошлепайте по ней, пощупайте место от шлепка;

— оторвите кусочек и сделайте змею, сожмите в кусок.

Занятия с глиной позволяют снять стресс, помогают выражению чувств, избавиться от избытка слов, если ребенок болтлив, и приобщить к социальной активности необщительных детей.

Глина и пластилин, требуя определенных физических затрат, способствуют созданию трехмерных образов, связанных с целостностью тела и организма. Оба этих материала позволяют выражать чувства и конструктивно (с помощью создания различных образов), и деструктивно, когда ребенок, как будто бесцельно разминает или делит кусок пластилина на маленькие части. Такая деструктивная работа тоже эффективна и полезна с психологической точки зрения. Выбор типа работы зависит от состояния ребенка [1].

Сохраняйте поделки ваших детей, хвалите их. В дальнейшем занятия с глиной помогут восстанавливать эмоциональное равновесие.

Игры с песком

В настоящее время в терапии соматически больных детей становится популярной песочная терапия (**Sand play**) Идея создания метода терапии игры с песком принадлежит знаменитому писателю-фантасту **Герберту Уэллсу**. Воспитывая своих сыновей, он заметил, что в минуты волнения и расстройств им не хватает слов, чтобы выразить свои чувства. Их руки скорее находили это выражение, особенно, когда дети играли. Песок одно из средств выражения чувств детей. Он собрал для своих детей маленькие игрушки, целую коллекцию – словарь недостающих в языке слов. По следам детских игр вышла его книга «Игры на полу».

Идею подхватили **Карл Густав Юнг** (основатель аналитической психотерапии) и педиатр и психолог **Маргарет Левенфельд**, позволившая детям играть с песком в своем кабинете. Техника, созданная, по сути, детьми, из ее кабинета перескочила в детские воспитательные учреждения и в кабинеты юнгианских аналитиков.

Совместные игры с песком имеют положительное значение для развития психики ребенка, установления психологического комфорта:

а) при взаимодействии с песком стабилизируется эмоциональное состояние;

б) развитие мелкой моторики и тактильной мнемической чувствительности влияет на развитие центра речи в головном мозге ребенка, формирование произвольного внимания и памяти;

в) с развитием тактильно-мнемической чувствительности и мелкой моторики ребенок учится прислушиваться к своим ощущениям и проговаривать их.

Применение песочницы особенно благотворно с детьми дошкольного возраста. До 3 лет игра ребенка в песке носит познавательный и развивающий характер, посредством песка малыш «простраивает» свою жизнь, играя в «куличики» и «пасочки» он формирует свое представление о мире, «допекает, доделываем» то, чего он не получил от родителей. С 3 лет работа в песочнице носит уже терапевтический, коррекционно-развивающий характер.

Для игры с песком в помещении необходимы:

- 1) водонепроницаемый деревянный ящик 50x70x8 см;
- 2) чистый просеянный песок (лучше его прокалить в духовке). Песок заполняет 1/3 ящика;
- 3) вода в кувшине, чтобы можно было смочить песок.

Игра «Отпечатки рук». **Ход занятий:** На ровной поверхности песка ребенок и ведущий по очереди делают отпечатки кистей рук: внутренней и внешней стороны. Необходимо задержать руку, слегка вдавив ее, прислушаться к ощущениям. Ведущий рассказывает ребенку о своих ощущениях: «Мне приятно. Я чувствую прохладу (или тепло) песка. Когда я двигаю рукой, я ощущаю песчинки. А что чувствуешь ты?»

Когда ребенок расскажет о своих ощущениях, перевернуть руку ладонью вверх: «Я перевернул руку, и мои ощущения изменились. Теперь я по-другому чувствую шероховатость песка. По-моему, песок стал чуть холоднее. А что чувствуешь ты?» Можно выполнять такие упражнения:

— поскользнуть ладонями по поверхности песка, выполняя зигзагообразные и круговые движения (как машинки, змейки, санки и др.);

— выполнить те же движения, поставив ладонь на ребро;

— пройти ладошками по проложенным трассам, оставляя на них свои следы;

— создать отпечатками ладоней, кулачков, костяшками кистей рук, ребрами ладоней всевозможные причудливые узоры на поверхности песка, попытаться найти сходство узоров с объектами окружающего мира (ромашка, солнышко, дождевики, травка, дерево, ежик и пр.);

— пройти по поверхности песка отдельно каждым пальцем поочередно правой и левой руками, после — одновременно (сначала только указательным, потом — средним, затем — безымянным, большим, и наконец — мизинчиком);

— можно группировать пальцы по два, по три, по четыре, по пять. Здесь уже ребенок может наблюдать загадочные следы. Хорошо вместе пофантазировать: чьи они?;

— поиграть по поверхности песка, как на клавиатуре пианино или компьютера. При этом двигаются не только пальцы, но и кисти рук, совершая мелкие движения вверх-вниз. Для сравнения ощущений можно предложить ребенку проделать то же упражнение на поверхности стола.

Игра «Угадайка» . Ход игры: В песке спрятаны буквы (количество варьируется). Ребенок находит буквы и составляет слова.

Игра «Бусы для мамы» . Ход игры: «Что же делать? Где взять бусы для красавицы моей?

Ничего, я постараюсь, и сложу их поскорей!»

С помощью мелких цветных камушек, ракушек, фасоли ребенок выкладывает последовательно бусинки на песке.

Игра «Собери грибы» . Ход игры: «Ты корзину в лес бери,

Там грибы мне собери.

Удивишься ты, мой друг:

«Сколько здесь грибов вокруг!»

Рыжики, волнушки

Найди-ка на опушке!»

Поочередно ребенок запускает руку в песок и ищет грибы. Количество грибов меняется с каждой игрой.

Игра «Хлеб» . Ход игры: Психолог проговаривает:

Муку в тесто замесили,

А из теста мы слепили

Пирожки и плюшк,

Сдобные ватрушки!

Ребенок сжимает и разжимает песок кулачками («месит»), затем произвольно лепит изделия.

Игра «Секретики» . Ход игры: Дети поочередно готовятся «секретики», используя различные предметы (фантики, пуговицы, блески, цветочки и пр.) на поверхности песка. А затем играющим предлагается по очереди найти «секретик», используя лишь перышко или тонкую палочку.

Игры с песком и песочная терапия, как продолжение юнгиановской техники свободного фантазирования, позволяют не только подросткам, но и очень маленьким детям выразить невыразимое.

Литература:

1. Психологическая защита детей. Болезнь в представлении здоровых детей. [Электронный ресурс]: 2008. Режим доступа: <http://www.childprotect.ru/> (07.06.2011), свободный. – Загл. с экрана.
2. Как помочь детям при ожогах. [Электронный ресурс] // Электронная аптека. Уголок пациента. Дата публикации в Электронной аптеке: 18 апреля 2005. Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского. 2000 - 2010 разработан и поддерживается ИПИ РАН и АТИК. Режим доступа: <http://www.e-apteka.ru/ugolokpat/ojog.asp> - свободный. (Дата обращения: 16.11.2011).
3. Макарова Г.Ю. «Мое желание». // Семейная психология и семейная психотерапия. №1, 2001г. С.71-73.
4. Игры с песком для детей старшего дошкольного возраста . [Электронный ресурс]: Психология 2006-2011 psy-files.ru / тренинговые упражнения /упражнения для детей. Режм доступа: <http://www.psy-files.ru/upr/> (07.06.2011), свободный. – Загл. с экрана.

4.3. Куклотерапия как способ коррекции эмоциональной сферы соматически больного ребенка

В психокоррекционной работе с детьми, имеющими нарушение в развитии, одним из эффективных методов является куклотерапия. Известно, что сама практика лечения куклами существует довольно давно. Например, врач-невропатолог Малколм Райт из Уэльса еще в 1926 году использовал кукол и кукольные представления для снятия связанных с прививкой неврозов у маленьких детей. В 1940 году Якоб Леви Морено создал специальный лечебный театр, который назвал психодрамой. В 1990 году И.Я. Медведева и Т.Л. Шишова разработали метод лечения детей невротиков, который назвали драматической психоэлевацией, с использованием разнообразных театральных приемов. А.Греф с помощью метровой куклы снимал у детей больных онкозаболеваниями страх перед довольно болезненными процедурами.

Совсем еще маленькому ребенку читают книжку, и сказки приходят к нему, чтобы помочь в познании мира. А в пять лет ребенок попадает в театр кукол. Любимые герои сказок здесь оживают и часто даже разговаривают с ним. Волшебные превращения совершаются на глазах. Происходит нечто еще более чудесное, чем сказка в чтении.

Таким образом, куклотерапия наиболее эффективна при работе с детьми дошкольного возраста от 4 до 7 лет в восстановлении их психического здоровья. Взрослым этот вариант терапии тоже предлагается, но реже. Для подросткового возраста возможны психологические тренинги в театрализованной форме. С куклой ребенок быстрее и легче овладевает навыками общения (ведь с игрушкой легче разговаривать); сегодня куклами «лечат задержку речевого развития» у детей 2-3 лет, нарабатывают моторику кисти.

Куклотерапия – это раздел частной психотерапии (арттерапии), использующий в качестве основного приема психокоррекционного воздействия куклу как промежуточный объект взаимодействия ребенка и взрослого. Не имеет особого значения, какая кукла. Можно использовать куклы марионетки, куклы-перчатки, куклы на пальчиках и пр. Главное, чтобы куклы были «живыми», то есть действовали.

Цель куклотерапии – помочь ликвидировать болезненные переживания, укрепить психическое здоровье, улучшить социальную адаптацию, развить самосознание, разрешить конфликты в условиях коллективной творческой деятельности. Если говорить проще, то, как определила Татаринцева А.Ю., куклотерапия – это метод лечения с помощью кукол. Возможности куклотерапии позволяют решить разные важные коррекционные задачи, например: расширение репертуара самовыражения ребенка, достижение эмоциональной устойчивости и саморегуляции, коррекция отношений в системе ребенок-родитель. Куклам поддается заикание и энурез. Куклы буквально незаменимы для социальной реабилитации инвалидов. Куклы учат ребенка общаться, формируют позитивные установки. Имеются положительные случаи, когда куклы помогают справиться с диатезом, бронхиальной астмой и сердечнососудистыми заболеваниями. Конечно, в данном случае куклы выступают как дополнительное средство, а не основное лекарство.

Нарушениями, обуславливающими использование данного метода, являются:

- различные отклонения в развитии речи;
- эмоциональная неуравновешенность, неадекватная самооценка;
- тревожность, страхи;
- проблемы в общении.

Куклы воздействуют на маленького ребенка очень глубоко, даже на уровне телесности. Вот один очень яркий пример, описанный у Шишовой Т.Л.: мальчику пяти лет на

протяжении долгого времени регулярно покупали новых монстров – маленьких, ненавязчивых, как считала мама. После продолжительной игры с ними внешний облик ребенка и его поведение существенно изменились: он стал все больше сутулиться, смотрел на окружающих исподлобья, говорил резким, надрывным голосом. Как ни странно, воздействие игрушек оказалось сильнее других формирующих факторов (музыки и спорта). Все эти особенности удалось преодолеть после того, как из детской комнаты убрали всех монстров.

Таким образом, как кукла может воздействовать на ребенка, так и ребенок может с ее помощью выражать себя, свое состояние. В уста куклы каждый малыш вкладывает свои мысли, переживания, т. е. она является как бы внешним выражением его внутреннего мира.

Метод куклотерапии основан на процессах идентификации ребенка с любимым героем (сказки, мультфильма и т.д.), он базируется на трех основных понятиях: «игра» - «кукла» - «кукольный театр». Игра является для ребенка тем же, чем речь – для взрослого. Это средство для выражения чувства, исследования отношений и самореализации. Детская игра полна смысла и важна для ребенка, так как через игру становятся доступными те области, где им трудно найти слова. Дети могут использовать игрушки для того, чтобы сказать, сделать то, что им самим неловко сделать, и выразить чувства, которые могут вызвать неодобрение окружающих. Таким образом, мир ребенка – это мир действия и деятельности, а куклотерапия, не смущая и не травмируя ребенка, дает возможность войти в этот мир и объединить собственные интересы ребенка с коррекционными задачами педагога.

В качестве основного приема коррекционного воздействия в куклотерапии используется кукла, как промежуточный объект взаимодействия ребенка и взрослого. Одевая на руку куклу, ребенок «передает» ей с радостью свои чувства, забывая о проблемах и страхах, открывая в себе скрытые резервы. Именно в этом удивительном перевоплощении состоит основной принцип куклотерапии, принцип «переноса доминирующего состояния».

Можно выделить следующие функции, которые выполняет куклотерапия:

- коммуникативную - установление эмоционального контакта, объединение детей в коллектив;
- релаксационную – снятие эмоционального напряжения;
- воспитательную – психокоррекция проявления личности в игровых моделях жизненных ситуаций;
- развивающую – развитие психических процессов (памяти, внимания, восприятия и т.д.), моторики;
- обучающую – обогащение информацией об окружающем мире.

Для детей дошкольного возраста разработаны специальные занятия.

Цель занятий: создание условий для успешной адаптации ребенка, к работе в коллективе, для коррекции и развития его личности.

Коррекционно - воспитательные задачи:

1. Развитие познавательной сферы ребенка.
2. Развитие эмоционально-волевой сферы.
3. Формирование коммуникативных навыков.
4. Обогащение представления об окружающем мире.

5. Развитие двигательной сферы, в том числе мелкой моторики.
6. Активизация и развитие речи.
7. Пропедевтика страхов и отрицательных эмоций.

Структура занятия:

1. Начало занятия включает: ритуал приветствия, выполняющего функции установления эмоционально-позитивного настроения на занятие. Приветствие может быть лично-ориентированным (адресованным каждому участнику занятия, для выделения его значимости) и обращенным ко всей группе (объединяющим детей в единой целое), что способствует формированию чувства принадлежности к группе.

2. Разминка. Ее задача – сбросить инертность физического и психического самочувствия, «разогреть» интерес и привлечь внимание ребенка к совместному творчеству, настроить детей на активную работу в партнерстве.

3. Основная часть. В основную часть занятия входит импровизация на тему какой-либо сказки. Дети играют либо в специально придуманных спектаклях, либо в обычных пьесах подходящего содержания. Они в образах своих героев разыгрывают небольшие сценки, сами придумывая или выполняя предлагаемые педагогом обстоятельства.

4. Заключительная часть направлена на закрепление приобретенного опыта и эмоционального состояния детей.

5. Окончание занятия – своеобразное подведение итогов, разбор того, что было усвоено на занятии.

Для подростков лучше задать тему соответствующую цели тренинга. Например, Загорский Е.П., Юрьева С.М., Спивакова С.В. предлагают подросткам путешествия на воображаемом корабле, название которого придумывали сами ребята, команда из учеников и ведущих вместе посещает "Вулкан Восторга", "Треугольник Непонимания", "Остров Грусти" и т.д. приключения, вызывают в памяти подростков события из собственной жизни соответствующие названиям островов. Идет откровенный разговор между ребятами на очень серьезные темы, который помогает им обрести психическую целостность и душевное равновесие, помогает детям постигать общечеловеческие духовные ценности. Чрезвычайно важно, что это происходит без морализаторства и давления со стороны взрослых. Беседу сменяют игры, а затем анализ всего произошедшего за время путешествия.

Занятия могут проводиться в различных формах: индивидуальной (15-20 минут) и групповой (30 минут).

Ощущение психологической безопасности очевидно, позволяет ребенку свободно включаться в процесс, ребенок трижды психологически защищен. Во-первых, ширмой, за которой можно спрятать свое смущение, неуверенность и как бы остаться наедине с собой. Во-вторых, ребенок защищен и перчаточной куклой (либо какой-то другой) на руке, которая представляется ему самостоятельной «фигурой» или личностью, способной взять на себя его проблемы, что содействует самовыражению и самопознанию. В-третьих, специфика кукольного театра облегчает детям перенос внутренних переживаний на символический объект.

Работа с куклами начинается уже на этапе диагностики. Перед ребенком раскладывают куклы: мальчик, медведь, зайчик, волк, женщина, баба-яга, клоун. Малышу предлагается выбрать понравившуюся куклу, взять ее и зайти с ней за ширму. Уже сам выбор игрушки может о многом рассказать. Если ребенок выбирает зайчика, можно заподозрить у него

страхи, особенно если он про них не говорит. Если выбирает волка – можно предположить проявление агрессивности. Когда выбор сделан, с куклой на ширме разворачивается диалог.

Проигрывая разные ситуации, ребенок проживает их и постепенно учится правильно реагировать, менять свое поведение. А через коррекцию поведения преодолеваются различные болезненные, в том числе и медицинские, симптомы. Любимая игрушка может использоваться в постановке спектакля, сюжет которого является травмирующим для ребенка, например: на укол пришел котенок. Любимая игрушка попадает в «страшную историю», которая успешно завершается. По мере разворачивания сюжета эмоциональное напряжение малыша должно возрастать и, достигнув максимальной выраженности, сменяться эмоциональными бурными поведенческими реакциями (смех, плач), в результате которых снимаются напряжение и тревога.

Таким образом, куклотерапия – это увлекательная и доступная форма работы с детьми, оптимальная возможность коррекции поведения, гармонизации личности детей с проблемами через развитие способностей самовыражения и самопознания.

Литература:

1. Гребенщикова Л.Г. Основы куклотерапии. Галерея кукол. – СПб.: Речь, 2007. - 80с.
2. Греф А. Техника театра кукол. Издание Всероссийского Центра художественного творчества. Серия "Я вхожу в мир искусства", №3, 2003.
3. Куклотерапия как метод реабилитации / методическом пособии под общей редакцией Т.В.Усовой. Саратов.: Министерство социального развития Саратовской области. Государственное научно-практическое учреждение «Областной реабилитационный центр для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями», 2008. 36с.
4. Татаринцева А.Ю. Куклотерапия в работе психолога, педагога, логопеда. – СПб.: Речь, 2007. -102с.

4.4. Терапевтические сказки для соматически больных детей

Помните ли вы, как в детстве с упоением слушали волшебные сказки? Как волновались за главного героя, удивлялись его приключениями, радовались его успехам и победам?

Вместе со сказочными персонажами мы учились различать добро и зло, храбрость и трусость, верность и предательство, щедрость и скупость. Сказки будили наше воображение и в своих фантазиях мы перевоплощались в героя волшебных историй, чтобы вместе с ним набираться житейского опыта, противостоять трудностям и искушениям, искать и находить выход из самых, на первый взгляд, безвыходных ситуаций.

Помните ли вы, как в детстве с упоением слушали волшебные сказки? Как волновались за главного героя, удивлялись его приключениями, радовались его успехам и победам?

Вместе со сказочными персонажами мы учились различать добро и зло, храбрость и трусость, верность и предательство, щедрость и скупость. Сказки будили наше воображение и в своих фантазиях мы перевоплощались в героя волшебных историй, чтобы вместе с ним набираться житейского опыта, противостоять трудностям и искушениям, искать и находить выход из самых, на первый взгляд, безвыходных ситуаций.

Современные дети точно также через сказки познают мир и получают столь необходимый жизненный опыт.

Знаменитый австралийский психолог и сказкотерапевт Д. Бретт писала, что дети видят в сказках "отголоски собственной жизни. Они стремятся воспользоваться примером положительного героя в борьбе со своими страхами и проблемами. Кроме того, рассказы и сказки вселяют в ребенка надежду, что чрезвычайно важно. Ребенок, лишенный надежды или утративший ее, отказывается от борьбы и никогда не добьется успеха".

Таким образом, сказка становится терапевтической, когда ребенок отождествляет себя с ее героем, проводит параллель между сюжетом волшебной истории и своей жизнью и извлекает из сказки урок.

В чем секрет терапевтических сказок?

Сила терапевтических сказок заключается в том, что их смысл воспринимается на двух уровнях одновременно. На сознательном уровне ребенок понимает, что сюжет сказки вымышленный. Он сочувствует главному герою, представляет себя в его роли, но даже когда узнает свою проблему, все равно думает - "это понарошку, не про меня".

На подсознательном же уровне ребенок впитывает все услышанное, пересматривает свое поведение, систему ценностей и взглядов.

Основные черты терапевтических сказок.

Для того, чтобы сказка оказала помощь или воспитательное воздействие, она должно отвечать **определенным условиям:**

- В сказке должна быть описана проблема, в чем-то схожая (но не полностью идентичная) с проблемой ребенка.
- Сказка должна предлагать малышу альтернативный способ решения проблем, новый выбор.

Литература:

1. Бретт Д. "Жила-была девочка, похожая на тебя...": — М.: Независимая фирма "Класс" — "Библиотека психологии и психотерапии), 2005. 114с.
2. Сказкотерапия [Электронный ресурс] Сайт: Подарите детям сказку. Режим доступа: <http://bembli.info/skazkoterapiya.php> - свободный. (Дата обращения: 27.11.2011).

4.5. Аутогенная тренировка

В последние годы все большее значение в профилактике стресса придается обучению человека психосаморегуляции состояния. Давно известна связь дыхательного центра с аффективной системой. Исследования подтверждают, что дети гораздо быстрее и с большим эффектом научаются приемам аутогенной тренировки, нежели взрослые. Это обусловлено, прежде всего, тем, что у детей живое воображение, которое помогает им быстро и легко войти в нужный образ.

В целях психопрофилактики и психотерапевтического лечения главная роль отводилась обучению больных детей приемам психического самоконтроля и психической саморегуляции, в основе которых положена методика аутогенной тренировки.

Важнейшим аспектом аутогенной тренировки, помимо терапевтического воздействия, направленного на устранение отдельных болезненных симптомов, являлась активизация личности пациента, призванная перестроить способ реагирования в условиях значимых конфликтных переживаний, научить контролировать эмоциональное состояние, найти

правильную, адекватную форму «психологической защиты» при сложной внешней ситуации, что в последующем способствовало хорошему профилактическому эффекту.

В основе аутогенной тренировки у детей, страдающих соматическими заболеваниями, лежит ступенчатый принцип освоения методики с широким использованием элементов эмоционально-стрессового воздействия, способствующих возникновению лечебного психического напряжения, т.е. саногенного эмоционального стресса, который, в свою очередь, оказывает на личность пациента активирующий эффект. В ступенчатый эмоционально-стрессовый вариант аутогенной тренировки входят приемы гетеро- и аутосуггестии, сочетающиеся с образным представлением, включающим сюжет, эмоционально-насыщенные образы, сюжетную функциональную тренировку, самоубеждение и самовоспитание [1].

Каждое занятие аутогенной тренировки (по Пеконида А.В., 2005) условно разделено на 5 этапов.

Первый этап - информативный. Перед тем, как переходить к практическому освоению аутогенной тренировки, детям нужно рассказать о ней в доступной форме, чтобы они четко представляли, какими возможностями обладает данная методика, и механизмы, используемые ею, конкретные цели и пути их достижения. Поэтому на данном этапе подробно, соответственно возрасту объясняются основные физиологические механизмы психомышечной регуляции, приемы, помогающие ускорить освоение упражнений, даются советы, как правильно применять аутогенную тренировку, регулировать деятельность внутренних органов, улучшать сон, применять их с психопрофилактической целью. Для лучшего усвоения теоретической части первую тему о физиологических и психологических основах аутогенной тренировки и ее терапевтических возможностях разбивали на несколько занятий. На последующих занятиях подробно обсуждались те упражнения методики, которые разучивались в данный момент. И если первые занятия носили академический характер, то остальные проводились в непринужденной обстановке с активным подключением к дискуссии самих занимающихся, что помогало создать творческую обстановку, выделить положительных лидеров и, при необходимости, нейтрализовать негативно настроенных пациентов. Длительность информативного этапа составляла 20-30 мин.

Второй этап - аутогенное погружение. В этот этап мы включили основные стандартные упражнения по И.Шульцу с добавлением расслабления мышц лица – «маски релаксации». Под аутогенным погружением мы понимаем состояние, промежуточное между сном и бодрствованием, близкое к первой стадии гипнотического сна, когда словесный раздражитель приобретает значительную силу. При этом субъективно отмечалось состояние глубокого покоя, полного расслабления мышц, вплоть до ощущения «исчезновения тела». На первых занятиях аутогенное погружение наиболее четко определялось после прохождения всех стандартных упражнений, в последующем оно возникало после расслабления мышц рук и ног, ощущения тяжести и регуляции дыхания.

Третий этап - целевое (лечебное) внушение. На фоне аутогенного погружения дети, с соматическими заболеваниями, приступают к целевому внушению через само-воздействие. В первые 3 занятия лечебное внушение осуществлялось посредством повторения формул за врачом. Формулы могут быть одинаковые для всех больных детей, и направлены на общее оздоровление:

Я успокоился и приятно отдыхаю.

Успокаивается моя нервная система.

Уменьшается раздражительность, вспыльчивость.

Улучшается мое настроение.

Я становлюсь сильнее и крепче.

Мне хорошо, я отдыхаю как никогда.

Мне приятны занятия аутотренингом.

Затем, во время индивидуальных бесед каждому больному ребенку подбирались специальные лечебные формулы. Чтобы формулы не потеряли терапевтическую силу действия, они обновлялись новыми определениями, несущими тот же смысл. Начиная с 4-го занятия, лечебное внушение проводится больными самостоятельно в присутствии врача.

Четвертый этап - сюжетное воображение. Данный этап направлен на создание эмоционально-стрессового эффекта путем воображения, представления определенных сюжетов природы и вживания в созданный сюжет. После отработки сюжетного воображения для коррекции эмоционального состояния, нейтрализации отрицательных эмоций отрабатывалась сюжетная функциональная тренировка.

Пятый этап - выход в состояние бодрости. Повторение формул на выход в состояние бодрости сочеталось с физическими упражнениями - сгибание и разгибание рук в локтевых суставах, потягивание.

Упражнение «Бабочки»

Цель: снятие эмоционального и мышечного напряжения, обучение детей навыкам ауторелаксации. Этюд желательно проводить в группе не более чем из 5 детей.

Психолог предлагает детям превратиться в бабочек (можно при этом коснуться каждого ребенка волшебной палочкой). Затем под спокойную расслабляющую музыку дети начинают "порхать" по комнате. Психолог сопровождает этюд терапевтическим текстом: «Мы с вами легкие бабочки, летаем по небу. Теплый ласковый ветерок тихонько поднимает нас и уносит. Сядем, закроем глаза и почувствуем, как ветерок ласково дует нам в лицо. Легонько коснемся своими пальчиками лба, щек. Почувствуем нежный ветерок. Глубоко вдохнем и выдохнем, также как ветерок. Дышим глубоко и ровно. Теплое солнышко ласкает нас своими лучиками - улыбнемся ему и откроем глаза. Покружимся по комнате и присядем обратно на коврик. Мы легкие разноцветные бабочки. Наши крылышки переливаются на солнышке. Нам легко, мы как пушинки. Потянемся высоко - высоко, и превратимся обратно в мальчиков и девочек». Психолог подходит к каждому ребенку, гладит его по голове (или прикасается к нему волшебной палочкой), превращая в мальчика или девочку.

Упражнение «Звезды»

Цель: расслабление, снятие мышечных зажимов. Можно использовать в коррекционной работе с тревожными и гиперактивными детьми.

Дети под расслабляющую музыку ложатся на ковер. Психолог произносит терапевтический текст: «Закроем глаза. Сейчас я сосчитаю до пяти, и мы превратимся с вами в небесные звездочки. Раз, два, три, четыре, пять - мы стали маленькими звездочками. Расставим широко ручки и ножки - представим, что это лучики, наполненные светом. Дышим ровно и глубоко. Каждый вдох наполняет нас легкостью и светом. Тревога уходит, и все проблемы покидают нас. Мы лежим на небе и нам все видно сверху, мы знаем все обо всем, нам спокойно и легко, мы никуда не спешим. Сейчас я досчитаю до пяти, мы откроем глаза и превратимся опять в мальчиков и девочек. Один, два, три, четыре, пять, открываем глазки» [2].

Литература:

1. Пекониди А.В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении психосоматических расстройств у подростков с бронхиальной астмой. Автореф. дис. ... канд. мед. наук Москва, 2005.
2. Упражнения для детей [Электронный ресурс] // Сайт Пси-файлс. Режим доступа: <http://www.psy-files.ru> - свободный. (Дата обращения: 27.11.2011).

4.6. Использование подвижных игр

Таблица 2

Игры, направленные на расслабление, снятие напряжения

<p>Игра «Снеговик!» (с 3 лет)</p>	<p>Один из родителей и ребёнок превращаются в снеговиков: встают, разводят руки в стороны, надувают щеки и в течение 10 секунд удерживают заданную позу. Взрослый говорит: «А теперь выглянуло солнышко, его жаркие лучи коснулись снеговика, и он начал таять». Играющие постепенно расслабляются, опускают руки, приседают на корточки и ложатся на пол.</p>
<p>Игра «Буратино» (с 4 лет) Игра, способствующая коррекции упрямства, негативизма и агрессии!</p>	<p>Родитель говорит текст и выполняет движения вместе с ребёнком: «Представьте, что вы превратились в куклу Буратино. Встаньте прямо и замрите в позе куклы. Всё тело стало твёрдым, как у Буратино. Напрягите плечи, руки, пальцы, представьте, что они деревянные. Напрягите ноги и колени, пройдите так, словно тело стало деревянным. Напрягите лицо и шею. Наморщите лоб, сожмите челюсти. А теперь из кукол превращаемся в людей, расслабляемся и размякаем»</p>
<p>«Капризная лошадка» (с 3 лет)</p>	<p>Родитель рассказывает сказку про лошадку, и вместе с ребёнком они сопровождают сказку действиями: «В одной далёкой стране жила лошадка по имени Лу. Она очень любила брыкаться и капризничать. Мама говорила ей: «Покушай свежей травки, доченька» «Не хочу, не буду», говорила Лу. Она капризничала и цокала копытцами. Ещё она брыкалась вот так. Когда она вдоволь набрыкалась и наупрямилась, то стала довольной и весёлой. Она весело скакала и ржала: «Иго-го!»</p>
<p>Игра «Сражение» (с 2 лет) Эта и следующие игры направлены целиком на коррекцию агрессии</p>	<p>Игроки бросаются лёгкими предметами (шариками из бумаги, маленькими мягкими игрушками) друг в друга, можно из укрытия. Заканчивается игра перемирием и объятиями.</p>

<p>Игра «Злые - Добрые кошки» (с 2 лет)</p> <p>Цель: снижение агрессивного напряжения.</p>	<p>По очереди превращаемся то в злых, то в добрых кошек. Злые кошки шипят и царапаются (только понарошку), добрые кошки ласкаются и мурчат.</p>
<p>Игра «Ругаемся овощами, фруктами и ягодами!» (с 3 лет)</p> <p>Цель: снижение агрессивного напряжения.</p>	<p>Игроки ругают друг друга с сердитым выражением лица и с сердитыми интонациями: «Ты - капуста». В ответ: «А ты - редиска» или «А ты – слива» и т.д. Игра останавливает, если слышны какие-нибудь обидные слова или возникает физическая агрессия. Затем участники называют друг друга цветами с соответствующей интонацией: «Ты-колокольчик!», «А ты – розочка!».</p>

Игра положительно влияет на ребенка. Он обретает новые определенные навыки в той или иной деятельности, в том числе и в общении, потихоньку готовится к взрослой жизни. Игра обладает и лечебным действием, избавляет от психологической травмы, позволяя пережить травмирующие обстоятельства в облегченной форме.

Лучше начинать игровые занятия с тех игр, которые направлены на улучшение общего психологического самочувствия.

Эти игры помогут:

- Снять нервное напряжение, накопившееся в детях и взрослых, и зарядить их позитивом и жизнерадостностью!
- Уменьшить страх неожиданного воздействия, нападения, наказания, темноты, замкнутого пространства, одиночества.
- Наладить контакт между детьми и родителями.
- Развить ловкость и координацию движений.

Родители, играя с детишками, как будто сами попадают в свое детство, становятся непосредственными и начинаете лучше понимать своих детей.

Игры для устранения последствий хронизации заболеваний сердечнососудистой системы, бронхолегочных, нервных и эндокринных заболеваний

Таблица 3

Игры для устранения последствий хронизации заболеваний сердечнососудистой системы, бронхолегочных, нервных и эндокринных заболеваний

Игры для детей 1—2 лет	
<p>Игра «Баю-баюшки-баю»</p> <p>Цель: Улучшение функции вестибулярного аппарата, обучение общему расслаблению успокаивающего характера.</p>	<p>Условия игры: Ведущий берет ребенка на руки: одной рукой придерживает за ягодицы, а другой, обхватив поперек спины, покачивает, как будто убаюкивает. Эту игру хорошо использовать в конце занятий.</p>
Игры для детей 1—3 лет	
<p>Игра «Маленький самолетик»</p> <p>Цель: Улучшение функции вестибулярного аппарата, повышение эмоционального тонуса, развитие координации движений.</p>	<p>Условия игры: Ведущий берет ребенка под предплечья и грудную клетку (лицом к себе) и поднимает в горизонтальном положении вверх. Если ребенок боится, то может держаться руками за плечи ведущего. Ведущий поднимает его на напряженных руках, поддерживая туловище снизу. После этого ведущий может покружиться. Ребенок разводит руки в стороны и, прогнувшись в спине, изображает летящий самолет.</p>
<p>Игра «Качели-1»</p> <p>Цель: Развитие координации движений, улучшение функции вестибулярного аппарата, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Условия игры: Ведущий сидит на стуле, поддерживает и покачивает ребенка, сидящего верхом у него на коленях или стоящего на подошвах стоп.</p>
<p>Игра «Качели-2»</p> <p>Цель: Укрепление мышц стоп, мягкое воздействие на функции вестибулярного аппарата.</p>	<p>Условия игры: Сидя на корточках и пружиня в коленях и щиколотках, ребенок покачивается на устный счет ведущего. Ведущий, присев, держит ребенка за обе руки и показывает эти движения. Ребенок ему подражает.</p>

Игры для детей 3 лет	
<p>Игра «Самолет»</p> <p>Цель: Укрепление связочно-мышечного аппарата туловища и рук, координация движений, повышение эмоционального тонуса, тренировка функций вестибулярного аппарата.</p>	<p>Условия игры: Ведущий поднимает ребенка, лежащего на спине, и поддерживает обеими руками за ягодицы. Ребенок крепко держит ведущего за шею, при этом голова ребенка лежит на плече ведущего. Ведущий следит, чтобы ребенок при этом держался прямо, не сгибался. После преодоления внутреннего страха ребенка ведущий 3—4 раза кружится с ним на одном месте (самолет летит).</p>
<p>Игра: Вниз головой</p> <p>Цель: Развитие ловкости, чувства равновесия, координации движений, улучшение функции вестибулярного аппарата, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Условия игры: Ведущий и ребенок стоят лицом друг к другу. При поддержке за оба предплечья ребенок подпрыгивает и обвивает талию ведущего. Затем ребенок прогибается назад, почти касаясь пола. Ведущий прижимает его к себе. Когда ребенок освоит это положение, он свободно опускает руки вниз, придерживаемый ведущим под спину. Ведущий, выпрямившись, немного кружится с ребенком то вправо, то влево.</p>

В процессе всех этих заболеваний страдает вегетативная система. При хронизации нарушается нервная регуляция аппарата кровообращения, возможны спазмы и недостаточное кровообращение мозга, структур, определяющих качество двигательного акта. Это выражается в неловкости целенаправленных движений, неумении быстро и четко выполнять движения, некрасивой походке и осанке. Для устранения последствий этих заболеваний необходимы игры, направленные на общее укрепление организма:

- тренировки вестибулярного аппарата;
- улучшения координации движений;
- равновесия;
- формирования правильной осанки;
- ориентирования на месте и в пространстве.

Играть следует достаточно часто (5—6 раз в неделю) для выработки оздоравливающих движений.

Игры после перенесенных инфекционных заболеваний

У детей после перенесенных инфекций могут длительное время оставаться нарушения нервной системы, общее истощение, ослабление организма, снижение эмоционального тонуса. В первые 2 недели у детей отмечаются неустойчивость артериального давления, пульса, нарушение сна, рассеянность, слабость, вялость, быстрая утомляемость, раздражительность. На фоне щадящего режима дня правильно подобранные игры помогут

ребенку обрести уверенность в себе, улучшат его психическое здоровье. Жизнерадостное настроение способствует правильному дыханию, кровообращению, пищеварению и восстановительным процессам в организме человека. Игры помогают перевести мозг на новый режим работы с оптимизацией течения нервных процессов, повышением неспецифического иммунитета.

Игры «Разноцветные машины», «Мишка-танцор» и «Найди свой цвет» желательно выполнять в одном комплексе.

Таблица 4

Игры после перенесенных инфекционных заболеваний

Игры для детей 2—3 лет	
<p>Игра «Поймай мячик»</p> <p>Цель: Развитие координации движений пальцев и кистей рук, увеличение амплитуды движений в этих суставах, развитие быстроты реакции.</p>	<p>Оборудование: Доска, поставленная на стул, мячик.</p> <p>Ход игры: Ведущий или другой участник игры катит с горки мяч. Другой же ловит его внизу. После этого играющие меняются местами.</p>
<p>Игра «Ау ! Ау!»</p> <p>Цель: Развитие координации движений, умение ориентироваться в пространстве, воспитание ловкости, инициативы, тренировка зрительного и слухового анализаторов.</p>	<p>Ход игры: Ведущий с помощью считалки выбирает ребенка, который прячется. Спрятавшийся ребенок время от времени говорит: «Ау! Ау!». Другие дети ищут его. Ведущий читает стихи:</p> <p>Ау!Ау!</p> <p>Отгадай, где я стою?</p> <p>Ты попробуй поищи</p> <p>И меня скорей найди.</p> <p>Может, спрятался в шкафу?</p> <p>Иль залез я за софу?</p> <p>Может, под столом сажу?</p> <p>Ты ищи, я подожду.</p> <p>После того как спрятавшегося ребенка находят, прячется тот, кто нашел. Игра повторяется 3—4 раза.</p>

Игры для детей 3 лет	
<p>Игра «Найди предмет»</p> <p>Цель: Преодоление задержки психомоторного развития, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Оборудование: Монетка или пуговица.</p> <p>Ход игры: Дети сидят или стоят по кругу, руки сжаты в кулаки. Один играющий берет монетку (пуговицу) и прячет в руке. Водящий стоит в стороне (его выбирают в начале игры с помощью считалки). Дети вместе с ведущим выбирают песенку, с помощью которой будут подсказывать водящему, у кого монетка. По сигналу ведущего водящий обходит играющих, которые тихонько напевают песенку. Когда водящий приближается к ребенку, держащему предмет, дети начинают петь громче, когда он удаляется от него, — тише. Остановившись перед ребенком, у которого предполагается спрятанный предмет, водящий говорит: «Дай». При правильном предположении держащий предмет протягивает руку с монеткой и говорит: «На». Если водящий не угадал, он продолжает поиск.</p>
<p>Игра «Ежик вытянулся-свернулся»</p> <p>Цель: Укрепление мышечного «корсета» позвоночника.</p>	<p>Ход упражнения: В положении лежа (на спине) ребенок поднимает руки за голову и максимально вытягивается. Затем, поднимая верхнюю половину туловища к коленям, наклоняется вперед, т. е. группируется, обхватывая ноги под коленями (ежик свернулся). Повторить 2—6 раз. Между каждым повторением полежать и расслабиться.</p>
<p>Игра «Птичка»</p> <p>Цель: Развитие навыка прыжков, укрепление мышечного «корсета» позвоночника.</p>	<p>Ход игры: Ведущий предлагает поиграть в «птичку». Ребенок сидит на коврик, скрестив ноги и согнув руки в локтях, касаясь при этом пальцами плеч («крылышек»). Ведущий помогает ребенку выпрямить спину, поглаживая его по лопаткам и притягивая локти назад как можно ближе к телу. Затем ребенок встает и прыгает на месте, как воробышек.</p>
<p>Игра «Веселый танец»</p> <p>Цель: Развитие координации движений, чувства правильной позы, ритма, слуха, вестибулярного аппарата.</p>	<p>Оборудование: Магнитофон с записями.</p> <p>Ход игры: Ведущий предлагает потанцевать под ритм стишка. Дети разучивают танцевальные движения: делают хлопки в ладоши (перед собой, над головой, под коленками поочередно поднимаемых вверх ног). Ведущий говорит или поет следующий стишок:</p> <p>Ой, ду-ду, ду-ду, ду-ду!</p> <p>Сидит ворон на дубу.</p> <p>Он играет во трубу Во серебряную. И т.д.</p>

<p>Игра «Карусель» Цель: Развитие вестибулярного аппарата и координации движений, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Оборудование: Обруч или скакалка.</p> <p>Ход игры: Ведущий предлагает детям поиграть в «карусель». Ведущий говорит: «Вот обруч, мы беремся за него и бежим в правую сторону со словами:</p> <p>Еле-еле, еле-еле, Завертелись карусели, А потом, потом, потом, Все бегом, бегом, бегом».</p> <p>Затем следует команда «гоп!» Все переворачиваются:</p> <p>Тише, тише, не спешите, Карусель остановите: Раз-два, раз-два, Вот и кончилась игра.</p> <p>Все бегут в другую сторону, замедляя шаг. На последней строке останавливаются и кладут обруч на пол. После этого дети хором повторяют стишок.</p>
<p>Игра «Разноцветные машины» Цель: Развитие координации зрительного, слухового и моторных анализаторов, умение ориентироваться в пространстве, согласованно действовать по команде, различать цвета.</p>	<p>Оборудование: Три разноцветных флажка и жетоны таких же цветов по числу участников.</p> <p>Ход игры: Ведущий показывает детям жетоны и называет каждому его цвет. Показывает цвет своего флажка или жетона такого же цвета и объясняет: «Когда флажок такого цвета поднят, а у тебя такого же цвета жетон, ты «едешь в автомобиле». Если флажок опущен, то возвращаешься в «гараж» (садишься на стул)». После того, как дети все поняли, начинается игра. Ведущий должен следить, чтобы все действия выполнялись четко и без ошибок.</p>
<p>Игра «Мишка-танцор» Цель: Развитие координации движений, чувства ритма, правильной осанки и вестибулярного аппарата.</p>	<p>Ход игры: Ведущий рассказывает стишок:</p> <p>Мишка косолапый пляшет и поет, Мальчиков и девочек танцевать зовет.</p> <p>Затем просит станцевать и спеть, как мишка. Берет ребенка за руки, напротив друг друга оба подпрыгивают и танцуют на месте, слегка продвигаясь вперед-назад и в стороны.</p>

<p>Игра «Найди свой цвет»</p> <p>Цель: Развитие координации зрительного, слухового и моторного анализаторов, тренировка подвижности нервных процессов, умение ориентироваться в пространстве и различать цвета, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Оборудование: Несколько флажков и жетонов разных цветов.</p> <p>Ход игры: Ведущий разбивает играющих на число групп, соответствующее числу флажков. Каждому игроку вручается жетон цвета своей группы. В углах комнаты расставляются стулья с флажками «своего» цвета. После слов ведущего «Идите гулять!» дети расходятся по площадке (комнате). По команде «Найди свой цвет!» дети собираются возле того флажка, который соответствует цвету их жетонов, и называют свой цвет.</p>
<p>Игра «Заинька-паинька»</p> <p>Цель: Развитие координации движений, повышение эмоционального тонуса, развитие чувства ритма и навыка выполнять команды.</p>	<p>Ход игры: Ведущий встает напротив ребенка и просит его повторять движения в соответствии со словами песни:</p> <p>Заинька, поклонись, серенький, поклонись, (кланяется в разные стороны.) Вот так, вот сяк поклонись.</p> <p>Заинька, повернись, серенький, повернись, Вот так, вот сяк повернись.</p> <p>(поворачивается, руки на поясе)</p> <p>Заинька, топни ножкой, серенький, топни ножкой, (топает по очереди каждой ногой) Вот так, вот сяк топни ножкой,</p> <p>Ведущий внимательно следит за правильным выполнением движений. Наблюдает, чтобы не было переутомления и сверхвозбуждения.</p>

<p>Игра «Медведь» Цель: развитие быстроты реакции, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Ход игры: Один ребенок водит. Он играет роль медведя. Закрывает глаза и притворяется спящим. Остальные дети ходят вокруг, приговаривая или пропевая:</p> <p>У медведя во бору Грибы ягоды беру, А медведь не спит, Он на нас глядит.</p> <p>После этих слов «Медведь» (ребенок, который водит) должен вскочить и поймать кого-то из детей. Кого поймали, тот становится «Медведем».</p>
<p>Игра «Лохматый пес» Цель: Общее укрепление мышц ног, воспитание терпения, развитие быстроты реакции, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Ход игры: Ведущий выбирает с помощью считалки «пса», «Пес» сидит в стороне. Дети медленно идут к нему, приговаривая:</p> <p>«Вот сидит лохматый пес, В лапки свой уткнувши нос. Тихо, мирно он сидит. Подойдем к нему. Разбудим И посмотрим, что же будет?»</p> <p>Дети тихонько подходят и хлопают в ладоши. «Пес» вскакивает и ловит детей. Игра повторяется 3—4 раза.</p>

Игры при последствиях рахита и гипотрофии детей, часто болеющих ОРВИ

У всех этих различных заболеваний есть одно общее воздействие на организм ребенка — отставание в психомоторном развитии и общее ослабление организма. Для растущего организма очень важно своевременное психомоторное развитие, так как оно влияет на формирование психических и моторных функций, нормализацию мышечного тонуса, укрепление опорно-двигательного аппарата.

Подвижные игры, позволяющие устранить отставание в развитии, должны быть направлены на воспитание полезных навыков ходьбы, бега, лазанья, ползания и т.д. Целенаправленные активные движения в этих играх способствуют нормализации физиологических процессов, происходящих в нервной системе, а значит, двигательному, психическому и речевому развитию ребенка.

Игры при последствиях рахита и гипотрофии детей, часто болеющих ОРВИ

Игры для детей 1—3 лет	
<p>Игра «Идем, в гости к мишке»</p> <p>Цель: Развитие координации движений, умения ориентироваться в пространстве, ходить.</p>	<p>Оборудование: Большая мягкая игрушка-мишка, мел (если на площадке), лента (если в комнате).</p> <p>Ход игры: Ведущий чертит мелом или раскатывает на полу ленту длиной 2—3 м. На другом конце ставит игрушку и предлагает ребенку через мостик перейти в гости к мишке. Ребенка придерживают за руку, а ведущий говорит:</p> <p>«Мы по мостику идем, В гости к мишке идем. Поиграем и попляшем, А потом домой пойдем».</p> <p>Если ребенок справляется, то дополнительно расставляют кубики или кегли («лес»). Ребенок должен обходить их зигзагами.</p>
<p>Игра «Достань палочку»</p> <p>Цель: Укрепление мышечного «корсета» позвоночника, мышц тазового пояса ног.</p>	<p>Оборудование: Яркая палочка, коврик</p> <p>Ход игры: Ведущий предлагает ребенку достать палочку ногами, согнутыми в коленях. Ребенок лежит на спине на коврике, поднимает ноги, согнутые в коленях, и прижимает их к груди вначале с помощью ведущего и под его счет. Затем ребенок пытается достать до палочки прямыми ногами. В это время ведущий на расстоянии 30—35 см держит над ребенком палочку.</p>
Игры для детей 2—3 лет	
<p>Игра «Пирамидка»</p> <p>Цель: Обогащение сенсорного опыта, развитие координации движений рук под зрительным и осязательным контролем.</p>	<p>Оборудование: Пирамидка с 5 одноцветными убывающими по размеру кольцами.</p> <p>Ход игры: Ведущий показывает пирамидку, дает ребенку потрогать кольца, чтобы сравнить их по диаметру. Снимая кольца, ведущий выкладывает их справа от основания пирамидки. Ведущий предлагает ребенку снять следующее кольцо и положить рядом с уже размещенными на столе. Надо ненавязчиво обучать ребенка выстраивать кольца в равномерно возрастающий ряд. Здесь важны не только величина, но и пространственное размещение колец, так как нижняя часть шире верхней: нанизывание колец вновь на пирамидку начните с большого кольца. Насадка колец осуществляется при осязательном контроле. Обхватив руку малыша своей рукой, ведущий проводит ею сверху вниз по поверхности пирамидки. «У правильно собранной пирамидки поверхность гладкая», — говорит в это время ведущий.</p>

<p>Игра «Качалка»</p> <p>Цель: Укрепление мышц туловища и конечностей, координация движений, мягкое воздействие на функцию вестибулярного аппарата.</p>	<p>Оборудование: Коврик.</p> <p>Ход игры: Ведущий предлагает ребенку поиграть в «качалку». Для этого ребенок, сидя на коврик, сгибает ноги в коленях и обхватывает их руками. Затем с помощью ведущего перекачивается в группировке в положение лежа на спине и делает несколько катательных движений на спине. Ведущий поддерживает ребенка за носки и, в случае необходимости, страхует его, придерживая за затылок. В дальнейшем ребенок выполняет «качалку» самостоятельно.</p>
<p>Игра «Догони мячик»</p> <p>Цель: Развитие координации движений, формирование правильной осанки, тренировка разнообразных движений.</p>	<p>Оборудование: Доска (2—2,5 м), мячик, стул.</p> <p>Ход игры: Ведущий прикрепляет доску одним концом на стул — делает горку. На стуле лежит мяч. По команде ведущего ребенок забирается по доске на стул (верх горки), берет мяч, скатывает его по доске, бежит за ним по доске и приносит его на место. Если играют несколько детей, то упражнение делают по очереди. Тот, кто ошибся в выполнении, выбывает из игры.</p>
<p>Игра «Кто самый меткий?»</p> <p>Цель: Координация движений, тренировка ловкости, меткости, умения играть в мяч.</p>	<p>Оборудование: Коробка, 2 мячика.</p> <p>Ход игры: Ведущий предлагает, сидя на стуле, попасть мячом в коробку. Ребенок берет мячик (захватом сверху) и кидает его в коробку правой рукой, второй мячик -левой рукой. Коробка расположена на расстоянии 0,5 м. Самый меткий ребенок поощряется.</p>
<p>Игра «Кошечка»</p> <p>Цель: Развитие координации движений и подвижности нервных процессов, ловкости.</p>	<p>Оборудование: Игрушка-кошка, стул.</p> <p>Ход игры: Ведущий предлагает ребенку поиграть в «кошечку»: будто ребенок — кошечка. Ребенок становится на четвереньки, как кошка, начинает мурлыкать, выгибать спину (так показывает ведущий). Затем ведущий показывает игрушку и говорит: «Вот еще одна кошечка, поиграй с ней». Ребенок передвигается на четвереньках к игрушке как можно быстрее. Затем ведущий говорит: «Кошечка прыгнула на стул». И ставит игрушку на стул. Ребенок должен встать и подойти к стулу, погладить кошку.</p>

<p>Игра «Позвони в колокольчик»</p> <p>Цель: Развитие ловкости, чувства равновесия, подвижности нервных процессов, укрепление связок и мышц стоп, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Оборудование: Колокольчик (бубен).</p> <p>Ход игры: Ведущий предлагает подпрыгнуть, достать рукой до колокольчика и позвонить. Ведущий держит колокольчик над ребенком. Наиболее «прыгучие» ребята получают жетоны.</p>
<p>Игры для детей 3 лет</p>	
<p>Игра «Горелка»</p> <p>Цель: Развитие чувства ритма, координации и быстроты движений, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Оборудование: Мячик, магнитофон.</p> <p>Ход игры: Дети садятся в круг. Ведущий катит мячик одному из детей и включает музыку. В это время дети перекатывают мяч друг другу. Как только музыка затихает, выбывает тот, у кого оказывается мячик. Игра идет до тех пор, пока не остается самый ловкий ребенок.</p>
<p>Игра «Кошка и мышка»</p> <p>Цель: Тренировка навыков в ходьбе, беге, лазанье, умении быстро реагировать на сигнал, повышение эмоционального тонуса.</p>	<p>Оборудование: Кубики, мячики, веревка.</p> <p>Ход игры: Ведущий натягивает веревку — это норка. С помощью считалки выбирают кошку (если играет много детей), или сам ведущий выполняет роль кошки. Ребенок подлезает под веревку, начинает бегать и собирать кубики (мышка бежит в амбаре и собирает зерна). Вдруг выбегает кошка, и ребенок бежит под веревку — в норку.</p>
<p>Игра «Лев в цирке»</p> <p>Цель: Общее укрепление мышц туловища и конечностей, развитие навыков в лазанье.</p>	<p>Оборудование: Обруч, мячик.</p> <p>Ход игры: Ведущий рассказывает о цирке и предлагает ребенку поиграть во льва и пролезть через обруч. Ведущий ставит обруч вертикально, а ребенок прокатывает мячик и пролезает через обруч. По мере освоения движений ведущий начинает говорить «гоп», по этому сигналу ребенок прокатывает мячик и пролезает через обруч. Ведущий ускоряет темп сигнала, и ребенок пролезает быстрее.</p>

<p>Игра «Найди свой дом»</p> <p>Цель: Умение ориентироваться в пространстве, координация движений во время ходьбы, бега, прыжков, быстрота реакции на сигнал, развитие зрительной памяти, мышления.</p>	<p>Оборудование: Игрушки, стулья по числу участников, магнитофон.</p> <p>Ход игры: Ведущий раздает каждому ребенку разные игрушки и просит их запомнить, рассмотреть как следует. После этого каждую игрушку кладут на отдельный стул (это «дом»). Дети садятся на стулья, а игрушку кладут на колени. Ведущий говорит: «Пойдемте гулять». Дети оставляют игрушку и под музыку начинают играть, бегать, прыгать. Ведущий тем временем меняет игрушки местами. Они «переехали» в другой дом. После того как музыка умолкнет, ведущий говорит: «Пошел сильный дождь». Дети занимают стулья со «своими» игрушками. Ведущий следит за правильной осанкой.</p>
---	---

Литература:

1. Игры которые лечат [Электронный ресурс] // Сайт Здоровье ребенка. Главная / здоровье ребенка / Игры, которые лечат. Режим доступа: <http://www.parentakademy.ru/index.htm> - свободный. (Дата обращения: 27.11.2011).

4.7. Использование анималотерапии

Анималотерапия - это цивилизованный научный метод лечения и профилактики серьезных заболеваний. В анималотерапии используются символы животных: образы, рисунки, сказочные герои, игрушки, а также настоящие животные, общение с которыми безопасно [1, 6].

Можно сказать, что одним из источников развития анималотерапии была натуртерапия. Но надо заметить, что целесообразность выделения лечебного влияния природы в качестве самостоятельного психотерапевтического метода признается не всеми. Так, Д.Б.Карвасарский пишет, что многие авторы, не отрицая положительного эмоционального воздействия природы, реализуют его лишь как фон для психотерапии, а не как самое психотерапию, которая невозможна без информации, передаваемой речью. Однако другие авторы (Н.Л.Кряжева, К. Аллен, О.Р. Арнольд, С. Баркер, Дж. Гаммонли и др.) настаивают на том, что не только натуртерапия, но и анималотерапия может рассматриваться как самостоятельный метод, оказывая терапевтическое воздействие [5], [7].

Анималотерапию часто называют нетрадиционным методом, который, тем не менее, имеет давнюю историю. Так, в еще только формирующемся первобытном обществе, пишет Н.Л.Кряжева, вера в могущество животного-тотема заставляла людей соблюдать определенные нормы и правила, регулировала общение и являлась одним из источников благополучия и покоя. Священные амулеты носили на теле, как символ покровительства и успеха; ритуальные танцы помогали снять злость, агрессивность после неудачной охоты или, напротив, подзарядиться энергией; обращенные к могущественному животному заклинания и причитания над больным человеком или рожаящей женщиной – все это отчасти прообразы анималотерапевтических приемов [5].

Подобное отношение людей к животным способствовало расширению возможностей эмоционального отреагирования страхов, агрессивности, чувства беспомощности и

одиночества, снимало психическое напряжение, позволяло переживать изменения и искать ресурсы в самих себе, давало успокоение и уверенность. Можно сказать, что животные и их символы были одними из первых психотерапевтов, оказывали психологическую помощь человеку [5]. В XXI веке ученые стали возрождать забытые рецепты наших предков. Значение животных для самочувствия людей становится все более очевидным. Отсутствие здоровых взаимоотношений с окружающими у большого числа людей приводит ко все возрастающему числу депрессий, стрессовых состояний, одиночества и к различным заболеваниям [1, 5].

Положительное действие животных на больного человека подтверждено экспериментами. Люди, у которых есть домашние любимцы, живут дольше и болеют меньше - это научный факт. При этом их нервная система находится в куда лучшем состоянии, чем у тех людей, у кого нет питомцев. [1, 6]

Анималотерапию часто называют нетрадиционным методом, который, тем не менее, имеет давнюю историю. Еще древние целители рекомендовали при неврозах холодный душ, ходьбу босиком и езду на лошади. В 5 веке до н.э. Гиппократ заметил влияние окружающей природы на человека и говорил о пользе лечебной верховой езды. Древние греки примерно 3 000 лет тому назад обнаружили способность собак помогать людям справляться с различными недугами, а египтяне использовали животных (в основном кошек) в тех же целях. В Древней Индии "прописывали" в качестве лекарства прослушивание птичьего пения.

Уже в 1792 году в больнице для душевнобольных в Йорке (Англия) животные использовались как часть терапевтического процесса. Как самостоятельный метод анималотерапия начинает приобретать популярность со второй половины 20 века. Пионером этого метода является Борис Левинсон, американский детский психиатр, который начал использовать свою собаку в терапевтических сессиях в 1962 году.

Анималотерапия в наше время признана во всех развитых странах, повсеместно созданы институты, занимающиеся исследованием влияния животных на людей, проводятся международные конференции и семинары, посвященные методикам лечения с помощью животных. В США, Великобритании, Канаде, Франции появились организации, которые занимаются оказанием помощи людям с физическими или психическими проблемами посредством анималотерапии. Их все объединяет то, что они используют одомашненных животных – чаще всего собак, кошек, кроликов и птиц – как терапевтическое средство. В программах анималотерапии принимают участие медики, социальные работники, психологи.

Всемирная организация здравоохранения признала, что живые существа рядом с нами приносят огромную пользу, а в работе Международной конференции "Взаимодействие человека и животных", первая из которых состоялась в США в 1982 году, каждый раз принимает участие множество терапевтов, использующих анималотерапию в своей практике. Исследования в области анималотерапии начались с изучения взаимоотношений людей со своими домашними животными и психологической пользы, которую это им приносит. Изучаются и возможные негативные явления анималотерапии: аллергия, опасность паразитарных заболеваний, проявление агрессивности животными. [1, 6]

Функции анималотерапии:

- Психофизиологическая функция. Взаимодействие с животными может снимать стресс, нормализовывать работу нервной системы, психики в целом.
- Психотерапевтическая функция. Взаимодействие людей с животными может существенным образом способствовать гармонизации их межличностных отношений.

- Реабилитационная функция. Контакты с животными являются дополнительным каналом взаимодействия личности с окружающим миром, способствующим как психической, так и социальной ее реабилитации.

- Функция удовлетворения потребности в компетентности. Потребность в компетентности, выражаемая формулой "я могу", является одной из важнейших потребностей человека.

- Функция самореализации. Одной из важнейших потребностей человека является потребность в реализации своего внутреннего потенциала, потребность быть значимым для других, представленным в их жизни и в их личности.

- Функция общения. Одной из важнейших функций, которую могут осуществлять животные в процессе взаимодействия человека с ними – это функция партнеров общения [1, 6].

Виды анималотерапии. Ненаправленная анималотерапия - взаимодействие с животными в домашних условиях без осознания или целенаправленного понимания их терапевтического значения.

Направленная анималотерапия - целенаправленное использование животных и (или) их символов по специально разработанным терапевтическим программам. Этот вид анималотерапии использует специально обученных животных, а не животных пациента. Направленная анималотерапия, в свою очередь, подразделяется на виды в зависимости от того, какие именно животные используются - иппотерапия, дельфинотерапия, канистерапия, фелинотерапия, и др. [1, 6].

Зачастую в анималотерапии используются не только сами животные, но и их образы. В психотерапии используются как лечебное средство и звуки животных.

Дельфины очень часто используются в медицине и психотерапии. Общение с дельфинами помогает стабилизировать психоэмоциональное состояние человека, снять психологическое напряжение. После общения с дельфином человек успокаивается, начинает нестандартно мыслить, быстро находит выход из кризисной ситуации. Дельфинотерапия – это прекрасная психологическая реабилитация для людей, попавших в экстремальные условия, переживших землетрясения, ураганы, аварии и любой другой сильный стресс. Их пациенты - предприниматели, люди творческих профессий, дети с заболеваниями нервной системы - аутизмом, ДЦП, олигофренией, синдромом Дауна [1, 2, 6]. Лучшие «врачи» среди животных – это, безусловно, дельфины [2].

С конца 50-х годов иппотерапию начали применять при психических и неврологических заболеваниях, а сейчас в 45 странах Европы и Северной Америки созданы центры лечебной верховой езды. Иппотерапию используют при нарушениях опорно-двигательного аппарата, атеросклерозе, черепно-мозговых травмах, полиомиелите, желудочно-кишечных заболеваниях, простатите, сколиозе, умственной отсталости. Общение с лошастью дает устойчивый положительный эмоциональный фон, который сам по себе является целебным [1, 6]. Лошади - это сильные, но очень чувствительные животные. По эффективности и силе терапевтического воздействия они уступают только дельфинам [2].

Собака - прекрасное "лекарство" против гиподинамии, вызванной малоподвижным образом жизни. Прогулки с собакой снижают вероятность сердечно-сосудистых заболеваний, инфаркта миокарда и других заболеваний сердца и сосудов. Собака удовлетворяет дефицит человека в общении, повышает самооценку хозяина, улучшает его общительность, разрешает конфликты в семье. В собачей (как и кошачьей) слюне содержится фермент лизоцим, уничтожающий болезнетворные микроорганизмы. Канистерапия рекомендуется при неврастении, истерии, психастении и неврозах. Частыми

гостями являются собаки в хосписах и психиатрических клиниках. "Хвостатый доктор" может быть любой породы – ротвейлером, колли, бульдогом, карликовым пинчером и обыкновенной дворнягой. К работе с пациентами допускаются не все собаки, а только спокойные, не агрессивные, со стабильной психикой [1, 2, 6].

На первом месте по популярности находится фелинотерапия [3]. Кошки скрашивают одиночество, успокаивают, снижают артериальное давление. Несмотря на то, что кошка стоит не на первой ступени по уровню взаимодействия с организмом, ее терапевтическое влияние носит поистине уникальный характер [2]. Их биополе стабилизирует работу сердца, снимает суставные и головные боли, стимулирует быстрое заживление травм, лечит внутренние воспалительные заболевания. Кошка – великолепный энергоинформационный прибор, угадывающий больные места своего хозяина. Когда в организме происходят какие-то нарушения, когда возникают боли, это свидетельствует об изменении энергетического потенциала на каком-то участке тела. Вот это изменение потенциала великолепно ощущает кошка [1, 2, 6].

Длительная дружба с кошкой укрепляет иммунную систему и способствует здоровью и долголетию. Мурлыканье кошки - это определённые звуковые колебания (частота от 20 до 50 Герц), стимулирующие процесс исцеления. Мурлыканье способствует повышению защитных сил организма, ускоряет заживление ран, в результате воздействия звуковых колебаний такой частоты повышается плотность костей, что способствует сращиванию переломов.

Такие животные, как, например, **птицы и рыбы**, также оказывают определенное биоэнергетическое влияние на человека. Активное поведение и веселый нрав птиц помогут меланхоличному или флегматичному хозяину стать активнее и общительнее. А вот рыбки, наоборот, позволяют гиперактивным людям стать спокойнее. Известно, что морские аквариумы способны дарить человеку необычайную жизненную энергию [2].

Апитерапия является одним из распространенных лечебных методов. За 50 миллионов лет существования пчел как биологического вида, эти насекомые приспособились к жизни в самых разных климатических условиях, что привело к созданию уникального пчелиного яда. Чудо пчелиного яда в том, что это мощнейший катализатор физиологических процессов. Одна капля содержит белковые вещества, 18 из 20 обязательных аминокислот, неорганические кислоты, почти всю таблицу Менделеева и множество витаминов [1, 6].

Пиявка за много тысячелетий "присосалась" практически ко всем областям медицины. Она дает потрясающие результаты в кардиологии, офтальмологии, дерматологии, хирургии, гинекологии, урологии, неврологии. Гирудотерапия является эффективным средством лечения варикозного расширения вен, тромбозов, гипертонии, стенокардии, инфаркта миокарда, геммороев, атеросклероза, болезней кожи, легких, мигрени, глаукомы, гайморитов, невритов, бронхиальной астмы, гинекологических многих других заболеваний. В последнее время при помощи пиявок лечат целлюлит, худеют и даже омолаживаются. Секрет лечебного действия пиявок в способности их слюны проникать глубоко в ткани организма и воздействовать на болезнь на клеточном уровне [1, 6].

Использование других животных. Все живые существа могут оказать человеку эффективную психологическую помощь. В анималотерапии используются и другие животные, но гораздо реже, так как прямой терапевтический эффект в этих случаях несколько ниже. Так, например, американское анималотерапевтическое общество "Дельта" использует в своей работе более 2 000 различных животных, в том числе морских свинок, кроликов, кур, лам, коз,

ГЛОССАРИЙ

Внутренняя картина болезни — структурированное образование субъективной стороны заболевания, включающее различные уровни отражения болезни в психике субъекта. Термин ввел отечественный терапевт А. Р. Лурия (1944) в развитие идей А. Гольдштейна (1926) об "аутопластической картине заболевания" — субъективном компоненте общей картины соматического заболевания. Наряду с объективно обнаруженными изменениями и связанными с ними ощущениями, обширная зона психической активности заболевшего человека начинает фокусироваться на страдании.

Здравоохранение — отрасль деятельности государства, целью которой является организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения, сохранение и повышение его уровня здоровья.

Злокачественные лимфомы - (**Лимфома** - заболевание, при котором происходит злокачественная трансформация клеток, находящихся преимущественно в лимфоидных тканях). Злокачественные лимфомы подразделяются на болезнь Ходжкина и неходжкинские лимфомы. Источник опухоли при болезни Ходжкина остается неизвестным, а неходжкинские лимфомы возникают из нормальных лимфоидных клеток, которые подверглись злокачественной трансформации. Оба типа лимфом характеризуются злокачественным ростом лимфоузлов и селезенки, хотя могут вовлекаться и экстранодальные ткани. Их необходимо дифференцировать, т.к. течение патологического процесса, прогноз и терапия этих групп заболеваний отличаются.

Каузальная атрибуция (от лат. *causa* - причина и *attribuo* - наделяю) - феномен социального взаимодействия, автор - Ф. Хайдер. Заключается в интерпретации, приписывании причин действий другого человека в условиях дефицита информации о действительных причинах его действий

Лейкемия (*Leukaemia*) или лейкоз - болезнь органов, производящих белые шарики крови, селезенки, лимфатических желез и костного мозга, вследствие чего сильно увеличивается количество белых шариков в крови, наступают болезн. изменения органов, кончающиеся смертью от истощения. лечебный процесс

Лимфогранулематоз, болезнь Ходжкина, заболевание, характеризующееся гранулематозно-опухолевым поражением лимфатических узлов. Впервые описана в 1832 английским врачом Т. Ходжкином (*Th. Hodgkin*). Причина болезни не установлена. Предполагается вирусное происхождение, возможно также влияние генетических, бластомогенных или аутоагрессивных факторов. Заболевание поражает лиц любого, но главным образом молодого (до 40 лет) возраста.

Неэпителиальные опухоли - это самая многочисленная и разнообразная по гистологическому строению группа опухолей. В конце 40-х годов по предложению выдающегося американского онкопатолога А.Р.Стута значительная часть этих опухолей, расположенных между эпидермисом и костной системой, была выделена в отдельную группу под названием «опухоли мягких тканей». Спустя 20 лет этот термин был принят во всех странах и положен в основу международной классификации ВОЗ. В настоящее время эта группа опухолей мягких тканей насчитывает 115 отдельных нозологических форм опухолей и опухолеподобных процессов.

Паллиатив - 1) Средство, дающее временное облегчение, но не излечивающее болезнь или какое-либо зло. 2) (Перен.) полумера; нерешительное, половинчатое мероприятие, действие, не обеспечивающее полного решения поставленной задачи.

Персистирование — (лат. *persisto* — постоянно пребывать, оставаться; син. персистенция) в морфологии — замедленное обратное развитие какого-либо органа, в норме

подвергающегося атрофии (например, вилочковой железы), или функциональной единицы органа (например, фолликула яичника).

Пролиферация клеток - (proliferatio; лат. proles потомство + fero несу, приношу) в гистологии увеличение числа клеток, разрастание какой-либо ткани вследствие их размножения, которую организм не может контролировать.

Психогения - 1) психические заболевания или расстройства психической деятельности, вызванные эмоциональным потрясением (син. реактивные состояния); 2) видоизменение клинической картины некоторых психических болезней под влиянием эмоциональных потрясений.

Солидные опухоли - собирательное обозначение опухолей, которые имеют определенную локализацию - место расположения, и этим отличаются от другой группы - опухолевых заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани - лейкозов.

Эмбриональные стволовые клетки (ЭСК) образуются из внутренней клеточной массы на ранней стадии развития зародыша — бластоциста. Зародыш человека достигает стадии бластоциста на стадии 4-5 дней после оплодотворения, бластоцист человека состоит из 50-150 клеток. Эмбриональные стволовые клетки являются плюрипотентными. Это означает, что они могут дифференцироваться во все три первичных зародышевых листка: эктодерму, энтодерму и мезодерму. Таким образом образуются более 220 видов клеток.

Учебное текстовое электронное издание

Русякова Екатерина Евгеньевна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ**

Учебное пособие

0,82 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2016 год
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Кафедра психологии
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru