

Министерство образования и науки Российской Федерации
государственное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»
Факультет начальных классов
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Дуда Ирина Викторовна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Консультативная помощь подросткам с ОВЗ по проблеме принятия
собственного тела (на примере подростков с нарушением опорно-
двигательного аппарата)

Направление: 44.04.02. Психолого-педагогическое образование

Магистерская программа: Психологическое консультирование в образовании

Допущена к защите
Заведующая кафедрой

к.п.с.н., доцент Мосина Н.А.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

13.12.17 Мосина Н.А.
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.п.с.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

11.12.2017 Сафонова М.В.
(дата, подпись)

Научный руководитель

к.п.с.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

11.12.2017 Сафонова М.В.
(дата, подпись)

Студент

Дуда И.В.

(фамилия, инициалы)

8.12.2017 Дуда И.В.
(дата, подпись)

Красноярск, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Реферат.....	3
Введение.....	10
Глава I. Теоретические основы консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела	18
1.1. Понятия «образ тела» и «отношение к собственному телу» в психологической науке.....	18
1.2. Особенности отношения к телу у подростков с ОВЗ	23
1.3. Психологическая консультативная помощь как форма помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела	34
Выводы по Главе I.....	41
Глава II. Разработка и апробация модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.....	43
2.1. Изучение отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ.....	43
2.2. Построение модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ.....	59
2.3. Анализ результатов опытно-экспериментальной работы.....	71
Выводы по Главе II.....	77
Заключение.....	79
Список используемых источников.....	82
Приложения.....	89

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра психолого-педагогического образования «Консультативная помощь подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела (на примере подростков с нарушением опорно-двигательного аппарата)».

Объем – 88 страниц, включая 8 рисунков, 2 таблицы, 6 приложений. Количество использованных источников – 81.

Цель исследования – разработать и апробировать модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела. **Объект исследования** – процесс оказания консультативной помощи подростком с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела. **Предмет исследования** – модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Гипотеза исследования: процесс психологического консультирования подростков с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела будет являться эффективным средством психологической помощи, если разработанная модель будет учитывать:

- 1) пространственно-временные условия консультативного процесса в соответствии с индивидуальным ортопедическим режимом подростков с ОВЗ;
- 2) содержательный аспект консультирования в связи с особенностями отношения к своему телу детей с нарушениями ОДА: направленность на расширение представления о собственном теле, формирование эмоционально-положительного отношения к собственному телу, формирование адаптивных приемов для коррекции физических особенностей тела;
- 3) технологический аспект консультирования: будут использованы техники и приемы, учитывающие, в том числе физические особенности детей с нарушениями ОДА, степень сопротивления при работе с

данной проблематикой.

Теоретическую и методическую основу исследования составили работы зарубежных ученых по проблеме принятия собственного тела (S. Fisher, S. Cleveland F. Schontz, R. Schwarzer); работы отечественных ученых Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, Б.В. Зейгарник, В.Н. Мясищева, А.А. Бодалева, Л.И. Божович, И.С. Кона, которые показали место и роль образа физического «Я» в развитии личности; психологии телесности (А.Ш. Тхостов, Е.В. Лисина, В.В. Николаева, Г.А. Арина); работы, отражающие возрастные, половые и социальные факторы самовосприятия тела (В.Н. Куницына, Е.В. Белугина, А.Г. Черкашина) и клинические аспекты нарушения образа физического «Я» (М.В. Коркина, А.Н. Дорожевец, Е.Т. Соколова, Н.В.Коваленко); исследования в области консультирования как средства психологической помощи (Г.С. Абрамова, Р. Кочюнас, Р. Мэй); исследования в области возрастной психологии и возрастнопсихологического консультирования (Г.С. Абрамова, Л.И. Божович, Г.В. Бурменская, Г. Крайг).

В исследовании мы учитывали точку зрения Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова и др. о том, что любое хроническое заболевание встроено в систему смысловой сферы личности и оказывает значительное влияние на отношение личности к окружающей действительности, к себе.

В работе были применены следующие **методы исследования**: анализ психолого-педагогической литературы, тестирование, эксперимент, качественный и количественный анализ, методы математической обработки данных.

Апробация исследования проводилась в ходе организации и проведения индивидуальных и групповых консультаций на базе МБОУ школы-интерната №1 им В.П. Сиякова г. Красноярск в сентябре-октябре 2017 г. Всего было проведено 17 консультаций.

В результате проведенного исследования были достигнуты

следующие результаты:

1. Систематизированы взгляды ученых на проблему проблеме принятия собственного тела. Показаны особенности отношения к телу у подростков с ОВЗ.

2. Составлен диагностический комплекс для изучения особенностей отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ. Эмпирически исследованы и описаны уровни отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ. Проведен сравнительный анализ содержания и структуры компонентов уровней отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ.

3. Разработана и апробирована на практике модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

4. Прослежены изменения в принятии собственного тела подростками с ОВЗ после проведения индивидуальных и групповых консультаций в соответствии с разработанной моделью.

Таким образом, достигнута основная цель исследования, заключающаяся в разработке и апробации модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела. Прослежены значительные положительные изменения у участников индивидуальных и групповых встреч, что подтвердило эффективность разработанной модели.

Результаты исследования имеют теоретическую и практическую значимость.

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования, станут основой для более углубленного понимания личности подростка с ОВЗ, и изучения возможностей в консультировании разработанной модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе школьных педагогов и психологов, а также психологов центров психологической помощи детям с ОВЗ, в частности в разработке

психологических программ профилактики возможных проблем с осознанием и принятием своего физического тела, и успешной дальнейшей социальной адаптации подростков с ОВЗ.

Итогом нашего исследования на данном этапе является подтверждение высказанной гипотезы: разработанная модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ является эффективным средством психологической помощи по проблеме принятия собственного тела.

Abstract

The thesis for a master's degree in psychological and pedagogical education «The counselling assistance to adolescents with health limitations on the issue of the adoption of their own body (by an example of adolescents with muscle-skeleton disorder)».

The volume is 88 pages, including 8 figures, 2 tables, 6 applications. The number of references used is 81.

The aim of the study is to develop and test a model of counselling assistance to adolescents with health limitations on the issue of the adoption of their own body. **The object of the study** is the process of providing counselling assistance to adolescents with health limitations on the issue of the adoption of their own body. **The subject of the study** is a model for counselling assistance to adolescents with health limitations on the issue of the adoption of their own body.

Research hypothesis is that the process of counseling of adolescents with health limitations on the issue of the adoption of their own body will be an effective means of counselling assistance if the model developed will take into account:

- 1) space-time conditions of the consultative process in accordance with the individual orthopedic regimen of adolescents with health limitations;
- 2) substantial aspect of counseling in connection with the peculiarities of the attitude of children with muscle-skeleton disorder to their body: the focus on

expansion of the idea of ones' own body, the formation of emotionally positive attitude towards one's own body, the formation of adaptive techniques for the correction of the physical features of the body;

3) technological aspect of counseling: the techniques and methods that also take into account the physical characteristics of children with muscle-skeleton disorder, the degree of resistance while dealing with this problem will be used.

The theoretical and methodological basis of the study was the works of foreign scientists on the issue of the adoption of their own body (S. Fisher., S. Cleveland, F. Schontz, R. Schwarzer); the works of domestic scientists L.S. Vygotsky, A.N. Leont'ev, S.L. Rubinshtein, B.V. Zeigarnik, V.N. Miasishchea, A.A. Bodalev, L.I. Bozhovich, I.S. Kon, who showed the place and the role of the image of the physical «I» in the development of the personality; psychology of corporeality (A.Sh. Tkhostov, E.V. Lisina, V.V. Nikolaeva, G.A. Arina); the works reflecting the age, sex and social factors of self-perception of the body (V.N. Kunitsyna, E.V. Belugina, A.G. Cherkashina) and clinical aspects of violation of the image of the physical «I» (M.V. Korkina, A.N. Dorozhevets., E.T. Sokolova, N.V. Kovalenko); research in the field of counseling as a means of counselling assistance (G.S. Abramova, R. Kochiunas, R. May); research in the field of age psychology and age-psychological counseling (G.S. Abramova, L.I. Bozhovich, G.V. Burmenskaya, G. Craig).

In the study we took into account the point of view of B.V. Zeigarnik, V.V. Nikolaeva, A.Sh. Tkhostov et al. that any chronic disease is embedded in the system of the semantic sphere of the personality and has a significant influence on the attitude of the individual to the surrounding reality, to oneself.

The following **research methods** were used in the work: analysis of psychological and pedagogical literature, testing, experiment, qualitative and quantitative analysis, methods of mathematical data processing.

The approbation of the study was carried out during the organization and conduct of individual and group consultations on the basis of the boarding school

No. 1 named after V.P. Siniakov in Krasnoyarsk in September-October 2017. A total of 14 consultations were held.

As a result of the study, the following results have been achieved:

1. The views of scientists on the issue of the adoption of ones' own body have been systematized. The features of the attitude of adolescents with health limitations to the body have been shown.

2. A diagnostic complex to study the peculiarities of the attitude of adolescents with health limitations towards one's own body has been developed. The levels of the attitude of adolescents with health limitations have been empirically investigated and described. A comparative analysis of the content and structure of the components of the attitude's levels of adolescents with health limitations to the body has been carried out.

3. A model for counselling assistance to adolescents with health limitations on the issue of the adoption of their own body has been developed and tested in practice.

4. The changes in the adoption of one's own body by adolescents with health limitations after individual and group consultations according to the developed model have been traced.

Thus, the main aim of the study that is to develop and approve a model of counseling for adolescents with health limitations on the issue of the adoption of one's own body has been achieved. Significant positive changes have been observed in the participants of individual and group meetings, which confirms the effectiveness of the developed model.

The results of the study are of theoretical and practical importance.

The theoretical significance of the thesis lies in the fact that the results obtained in the study will be the basis for more in-depth understanding of the personality of adolescents with health limitations, and the study of the opportunities of the model developed for counselling assistance to adolescents with health limitations on the issue of the adoption of their own body.

The practical significance of the study is that the theoretical and practical material obtained can be used in the work of school teachers and counsellors, as well as counsellors of counseling centers for children with health limitations, in particular in developing counselling programs for preventing possible problems with the awareness and adoption of one's own physical body, and the further successful social adaptation of adolescents with health limitations.

The result of our research at this stage is the confirmation of the hypothesis stated that is the developed model of counselling assistance to adolescents with health limitations is an effective means of counseling on the issue of the adoption of one's own body.

Введение

Актуальность темы исследования. Особенностью подросткового возраста, как считают ученые Л.И. Божович, В.В. Давыдова, Т.И. Драгунова, И.В. Дубровина, А.В. Захарова, Д.И. Фельдштейн, Д.Б. Эльконин и др. является появление устойчивости самооценки и образа «Я». Важным содержанием самосознания подростка является представление о своем телесном облике, сравнение и оценка себя с точки зрения эталонов красоты, и других людей, прежде всего сверстников. Проблема несоответствия телесного «Я» и идеального, желаемого особенно остро переживается в подростковом возрасте, что может стать причиной снижения у подростков самооценки и самоуважения, вплоть до полного неприятия себя, формирования устойчивого чувства неполноценности [1, 2, 6].

На современном этапе развития общества обозначилась тенденция ухудшения здоровья детей и подростков, увеличилось число детей с ограниченными возможностями здоровья. Дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания.

Федеральный государственный образовательный стандарт необходимость обеспечения условий для индивидуального развития всех обучающихся, в особенности тех, кто в наибольшей степени нуждается в создании специальных условиях обучения – детей с ограниченными возможностями здоровья. Необходимо выявление их особых образовательных потребностей, обусловленных недостатками в их физическом и (или) психическом развитии и оказание им психолого-педагогического сопровождения. Одним из направлений которого является оказание помощи в принятии себя, своего физического «Я».

Проблема отношения к своему телесному расстройству или телесному дефекту у детей с ОВЗ и детей-инвалидов с нарушением опорно-

двигательного аппарата является особо актуальной [4, 7, 8].

Для нашего исследования является важным, что любая сенсорная недостаточность влечет за собой генерализованные изменения психофизического развития, отражающиеся на всех уровнях личности. В исследовании мы учитываем точку зрения Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова и др. о том, что любое хроническое заболевание встроено в систему смысловой сферы личности и оказывает значительное влияние на отношение личности к окружающей действительности, к себе. Можно предположить, что появление болезни оказывает значительное влияние на систему сложившихся отношений личности к окружающей действительности [3]. Болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитные условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований как нормального, так и патологического типа и тем самым изменить жизненный опыт человека, его ценностные ориентиры, отношение к себе [4,5,6].

Ограничение возможностей не является чисто количественным фактором (т. е. человек просто хуже слышит или видит, ограничен в движении и пр.). Это интегральное, системное изменение личности в целом, это «другой» ребенок, нуждающийся в совершенно иных, чем обычно, условиях образования для того, чтобы преодолеть ограничение и решить ту образовательную задачу, которая стоит перед любым человеком.

Для этого ему необходимо не только особым образом осваивать собственно образовательные программы, но и формировать и развивать навыки собственной жизненной компетентности (социального адаптирования): навыки ориентировки в пространстве и во времени, самообслуживание и социально-бытовую ориентацию, различные формы коммуникации, навыки сознательной регуляции собственного поведения в обществе, физическую и социальную мобильность; развивать потребностно-мотивационную, эмоционально-волевыми сферами; формировать и развивать способность к максимально независимой жизни в обществе.

В то же время, существует только небольшое количество работ, посвященных изучению личности подростков с ограниченными возможностями здоровья (в частности с нарушением опорно-двигательного аппарата).

В процессе оказания психологической помощи с одной стороны, необходимо знание личностных особенностей подростка с ОВЗ, с другой - требования ортопедического режима, режима разгрузки позвоночника, индивидуальных медицинских предписаний, отражающих возможности здоровья ребенка. Главным принципом взаимодействия должен стать принцип «Не навреди!».

Таким образом, можно выделить противоречие между базовыми традиционными подходами к консультированию и учетом особенностей подростков с ОВЗ в процессе консультирования проблеме принятия тела (на примере подростков с нарушением опорно-двигательного аппарата) как клиентов.

Следовательно, важным является целенаправленное изучение отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ, что позволит определить оптимальные направления в оказании консультативной помощи, результатом которых могут стать как самопознание и принятие своего тела, так и освобождение от внутренних конфликтов, препятствующих психологическому комфорту и личностному росту человека.

Цель исследования – разработать и апробировать модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Объект исследования – процесс оказания консультативной помощи подростком с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Предмет исследования – модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Гипотеза исследования: процесс психологического консультирования подростков с ОВЗ по проблеме принятия собственного

тела будет являться эффективным средством психологической помощи, если разработанная модель будет учитывать:

- 1) пространственно-временные условия консультативного процесса в соответствии с индивидуальным ортопедическим режимом подростков с ОВЗ;
- 2) содержательный аспект консультирования в связи с особенностями отношения к своему телу детей с нарушениями ОДА: направленность на расширение представления о собственном теле, формирование эмоционально-положительного отношения к собственному телу, формирование адаптивных приемов для коррекции физических особенностей тела;
- 3) технологический аспект консультирования: будут использованы техники и приемы, учитывающие, в том числе физические особенности детей с нарушениями ОДА, степень сопротивления при работе с данной проблематикой.

Достижение поставленной цели требует решения следующих **задач**:

1. Проанализировать научную литературу по проблеме исследования.
2. Подобрать диагностический комплекс для изучения особенностей отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ.
3. Эмпирически определить актуальный уровень и особенности отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ.
4. Разработать и апробировать на практике модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.
5. Провести консультативные сессии с подростками с ОВЗ, имеющими низкий уровень принятия собственного тела в соответствии с разработанной моделью.
6. Провести сравнительный анализ изменений в принятии собственного тела подростками с ОВЗ после проведения индивидуальных и групповых консультаций в соответствии с разработанной моделью.

7. Оценить эффективность предложенных техник консультирования с помощью методов математической статистики.

В ходе исследования были использованы следующие **методы**:

1. Анализ психолого-педагогической литературы.
2. Тестирование.
3. Эксперимент.
4. Качественный и количественный анализ.
5. Методы математической обработки данных.

Экспериментальная база исследования:

Апробация исследования проводилась в ходе организации и проведения индивидуальных и групповых консультаций на базе МБОУ школы-интерната №1 им В.П. Сиякова г. Красноярск в сентябре-октябре 2017 г. В нем приняли участие 25 учащихся с ОВЗ 8-х классов в возрасте 13-15 лет.

Теоретическая база исследования: концептуальная основа магистерского исследования построена с использованием работ зарубежных ученых по проблеме принятия собственного тела (S. Fisher, S. Cleveland, F. Schontz, R. Schwarzer); работы отечественных ученых Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, Б.В. Зейгарник, В.Н. Мясищева, А.А. Бодалева, Л.И. Божович, И.С. Кона, которые показали место и роль образа физического «Я» в развитии личности; психологии телесности (А.Ш. Тхостов, Е.В. Лисина, В.В. Николаева, Г.А. Арина); работы, отражающие возрастные, половые и социальные факторы самовосприятия тела (Куницына В.Н., Белугина Е.В., Черкашина А.Г.) и клинические аспекты нарушения образа физического «Я» (Коркина М.В., Дорожевец А.Н, Соколова Е.Т., Коваленко Н.В.); исследования в области консультирования как средства психологической помощи (Г.С. Абрамова, Р. Кочюнас, Р. Мэй); исследования в области возрастной психологии и возрастнo-психологического консультирования (Г.С. Абрамова,

Л.И. Божович, Г.В. Бурменская, Г.Крайг).

Научная новизна исследования:

Научная новизна заключается в разработке и апробации модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

В результате проведенного исследования были достигнуты следующие результаты:

1. Систематизированы взгляды ученых на проблему принятия собственного тела. Показаны особенности отношения к телу у подростков с ОВЗ.

2. Составлен диагностический комплекс для изучения особенностей отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ. Эмпирически исследованы и описаны уровни отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ. Проведен сравнительный анализ содержания и структуры компонентов уровней отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ.

3. Разработана и апробирована на практике модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

4. Прослежены изменения в принятии собственного тела подростками с ОВЗ после проведения индивидуальных и групповых консультаций в соответствии с разработанной моделью.

Таким образом, достигнута основная цель исследования, заключающаяся в разработке и апробации модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела. Прослежены значительные положительные изменения у участников индивидуальных и групповых встреч, что подтвердило эффективность разработанной модели.

Результаты исследования имеют теоретическую и практическую значимость.

Теоретическая значимость:

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования, станут основой для

более углубленного понимания личности подростка с ОВЗ, и изучения возможностей в консультировании разработанной модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Практическая значимость:

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе школьных педагогов и психологов, а также психологов центров психологической помощи детям с ОВЗ, в частности в разработке психологических программ профилактики возможных проблем с осознанием и принятием своего физического тела, и успешной дальнейшей социальной адаптации подростков с ОВЗ.

Структура и объем диссертации:

Объем – 88 страниц, включая 8 рисунков, 6 приложений. Количество использованных источников – 81.

Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту, а также приводится список работ, в которых опубликованы результаты данного исследования. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы проблемы консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела. Рассмотрено понятие «образ тела», «отношение к собственному телу» в психологической науке, особенности отношения к собственному телу подростков с ОВЗ, а также психологические техники в консультировании, сделаны выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по разработке и апробации модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Представлена методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента, описаны организация и проведение формирующего эксперимента, изложены результаты формирующего эксперимента и их обсуждение, сделаны выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты математической обработки данных и протоколы проведения консультаций.

По теме диссертации имеется 2 публикации.

Глава I. Теоретические основы консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела

1.1. Понятия «образ тела» и «отношение к собственному телу» в психологической науке

Понятие образа тела и отношение к собственному телу более раскрыто в зарубежной психологической науке.

В психологии исследования отношения к собственной личности базируются на понятиях «Я-концепция» и «Я-образ», в которых физическое Я является одним из основных компонентов. К. Роджерс ввел понятие «Я-концепции» и определил модальности ее образов Я [52]. Понятие Я-концепции им определялось как структурированный образ, состоящий из представлений свойств «Я» как субъекта и «Я» как объекта, а так же из восприятия отношения этих свойств к другим людям [52, 310-314].

Одной из функций Я-концепции по Роджерсу К. является контроль и интерпретация поведения, его влияние на выбор человеком своей активности, что может обуславливать особенности развития позитивной и негативной Я-концепции.

Р. Бернс обозначил Я-образ как когнитивный компонент, характеризующийся представлениями человека о самом себе. Я-концепция, по мнению Р. Бернса, определяет не только то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает, как смотрит на свое деятельностное начало и возможности развития в будущем. Следовательно, глобальная Я-концепция – это совокупность установок индивида, направленных на самого себя, где «реальное Я» – это установки, связанные с тем, как индивид воспринимает свои актуальные способности, роли, статус, то, каков он на самом деле. «Зеркальное (социальное) Я» – установки, связанно с представлениями индивида о том, как его видят другие, «идеальное Я» –

установки, связанные с представлениями индивида о том, каким он хотел бы стать [15, с.28-31].

Телесное, физическое Я человека является одним из важнейших компонентов всего Я-образа, так как тело мы можем наблюдать и оценивать постоянно. Восприятие тела состоит из психического, эмоционального, физического, исторического аспектов. По мнению исследователей в области телесности здоровое тело предполагает подвижность телесного Я при неизменной телесной схеме, внутренний стержень, реалистичность собственного телесного образа и объемность своего тела, видение его в 3-х измерениях [36, 60]. Вступая в те или иные отношения со своим телом, формируется ряд установок, влияющий на Я-образ в целом; создается платформа для Я-концепции, являющаяся базисом самоотношения.

Необходимо также отметить влияние социального аспекта, действующего на Я-образ. Только во взаимодействии с другими людьми, с окружающим миром человек может по-настоящему увидеть себя, проникнуть во все глубины собственной личности, сложить представление о самом себе. И именно тело дает такую возможность: нас оценивают более или менее значимые другие, и на этом целостном восприятии самим собой и окружающими формируется отношение к себе, принятие или непринятие собственной личности.

А. Менегетти считает телесность основой для проявления субъективности [36]. Тело человека – это радар, настроенный на восприятие окружающего пространства. Благодаря собственному телу человек способен не только жить, дышать и чувствовать, но также быть сонастроенным со всем остальным миром, улавливать и понимать его сигналы. А. Менегетти делает акцент на том, что посредством телесного, чувственного познания человек научается более тонкому восприятию себя и жизни в целом, так как первой реакцией на внешний раздражитель любого рода является именно реакция организма. И данная реакция, проверенная впоследствии сознанием, может дать информацию более точную, нежели когда человек опирается

только лишь на интеллектуальное познание мира. По мере понимания своего тела, человек научается заботиться о себе, что прямым и позитивным образом отражается на его самооценке, на личностном развитии, на осознании своего потенциала [35].

Термин «образ тела» ввел в 1935 году П. Шилдер. В одном из ранних трудов по исследованию образа тела П. Шилдер утверждает, что образ тела – это визуальное представление собственного тела, которое мы формируем в своем сознании. Шилдер рассматривает образ тела как нечто, находящееся в состоянии постоянного развития или изменения. Движение вызывает изменения в образе тела. Способ соединения частей тела, осознание таких телесных ощущений, как дыхание, осознание мышечной деятельности, – это только несколько примеров того, как кинестетические ощущения могут способствовать осознанию и развитию образа тела (Арлин Старк). Понятие образа тела различно от понятия габитуса (П. Бурдьё), где последнее выступает как сумма индивидуальных телесных навыков (походка, жестикуляция, манеры, а также стиль одежды) — цельное осаждение опыта конкретного человека в «глубине» телесного сознания, внешний облик.

Образ себя, который мы имеем, влияет на нас и подвергается влиянию со стороны всех наших восприятий, переживаний и действий. Человек, воспринимающий себя слабым и хрупким, отличается от того, который воспринимает себя сильным и ловким. Также как, когда с ребенком обращаются, как с глупым, его образ тела вберет в себя его реакции на впечатления людей и на свои собственные. Кроме того, мы чувствуем образы тела других людей. Опыт, переживание собственного образа тела и опыт, переживание тела других людей тесно переплетаются между собой. Так же, как наши эмоции и действия неотделимы от образа тела, так же и эмоции и действия других неотделимы от их тел (Арлин Старк).

С.Г. Колесов в своем диссертационном исследовании выделил три ведущих подхода в изучении телесного фактора в психологии. Первый из них рассматривает «образ тела» как модель собственного тела, которую

строят исходя из телесных ощущений (П. Федерн). Второй предусматривает телесный фактор как определенную умственную картину (то, что мы думаем, представляем, понимаем под своим телом). Наконец, третий подход рассматривает телесность как сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с внешностью и функциями тела (Р.Шонц). Этот подход является самым распространенным в изучении телесного фактора индивидуальности.

Образ тела выступает как представление о целостности человека. Это интегрированное психологическое образование, состоящее из представлений и ощущений как о теле, так и о телесности. Иначе говоря, любому человеку свойственно свое восприятие собственной телесности и свое отношение к собственному телу. Образ тела есть то, что доступно для объективации и то, что доступно для сознания (Никитин В.). Тело, помимо материального объекта, воспринимается как образ.

Исследования содержания образа тела в рамках теории о Я-концепции и «целостном Я» проводилось такими авторами, как Налчаджян А.А., Подорога В.А., Соколова Е.Т. и др. в качестве одного из важнейших компонентов самосознания. Образ тела этими исследователями воспринимается как философское понятие, где категория Я не может быть определена эмпирически. В процессе развития человека структура образа телесного «Я» изменяется под воздействием социально-культурных компонентов. Неосознанное отношение к телу со стороны субъекта делает тело уязвимым и к внешним воздействиям. Но существенное содержание человека проявляется в его опыте телесного проживания. Поэтому, с другой стороны, образ тела – психологический термин; в образе тела интегрированы представления о теле как плоти и о теле как телесности, а это означает, что сам образ тела может выступать как эмпирически наблюдаемый и исследуемый объект.

Р. Шонц в своих работах использует термин «образ тела», частично совпадающий по смыслу с понятием «внутренняя картина здоровья». Образ

тела состоит из нескольких уровней: схемы тела, телесного «Я» (чувства телесной самоидентичности), представлений о теле (которое может опираться даже на сны и фантазии), и концепции тела (формального знания о теле, которое выражается с помощью общепринятых символов).

Изучение научных исследований позволяет сделать вывод, что образ тела имеет различное происхождение и сложную структуру.

Образ тела формируется в онтогенезе. Опираясь на исследования Е.Т. Соколовой, А.А. Реана, О.Г. Мотовилини, М.В. Колосковой и других ученых, которые выделяют этапы развития образа физического «Я» в онтогенезе рассмотрим с этой позиции особенности подросткового возраста.

Данный возраст характеризуется изменениями в образе физического «Я», в результате сравнения подростком себя с неким эталоном. В этом возрасте одежда и приемлемый социальный эталон играют ведущую роль в принятии своего тела. Образ физического «Я» состоит из привнесенных эталонов взрослости. На этом этапе завершается эмансипация от значимого взрослого. Чтобы организовать свой образ, подросток экспериментирует с разными образами, активно меняет свою внешность.

Проведя теоретический анализ, можно сформулировать следующие выводы:

1. Тело и телесность являются важными объектами исследования современной психологии, но нет целостного подхода к их изучению и пониманию. Таким образом, на основании анализа литературы можно выделить несколько основных дефиниций Я-физического:

- схема тела – интегральный физиологический сенсомоторный эквивалент тела в коре головного мозга;
- образ тела – сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с телесной внешностью и с функциями тела (Е.Т. Соколова);
- концепция тела – формальное знание о теле, которое выражается с помощью общепринятых символов (Р. Шонц);

- телесность – феноменологическая реальность, представляющая собой сочетание биопсихосоциальных аспектов телесного бытия субъекта.

2. Образ тела – динамическая структура, которая меняется с возрастом и в процессе социализации.

3. Нарушения образа тела определяются как перцептивные, когнитивные искажения, а также как и проблемы с двигательной, телесной сферой. В образе тела психическое и физическое неразделимо связаны.

1.2. Особенности отношения к телу у подростков с ОВЗ

Подростковым принято считать период развития детей от 11 - 12 до 15 - 16 лет. Этот период знаменуется бурным психофизиологическим развитием и перестройкой социальной активности ребенка. В работах Д.Б. Эльконина, И.В. Дубровиной и др. показано, что мощные сдвиги, происходящие во всех областях жизнедеятельности ребенка, делают этот возраст «переходным» от детства к взрослости. Как отмечают ученые Л.И. Божович, В.В. Давыдова, Т.И. Драгунова, И.В. Дубровина, А.В. Захарова, А.К. Маркова, Д.И. Фельдштейн, Д.Б. Эльконин и др. данный возраст богат драматическими переживаниями, трудностями и кризисами. С. Холл ввел в психологию представление о подростковом возрасте как кризисном периоде развития. Кризисные, негативные явления подросткового возраста С. Холл связывал с переходностью, промежуточностью данного периода в онтогенезе. Он исходил из представления о биологической обусловленности процессов развития в подростковом возрасте [6, 44, 47].

Подростковый возраст часто называют периодом диспропорций в развитии. В этом возрасте увеличивается внимание к себе, к своим физическим особенностям, обостряется реакция на мнение окружающих, повышается чувство собственного достоинства и обидчивость. Физические недостатки часто преувеличиваются.

Наиболее важным моментом психофизиологического развития

подростка является половое созревание и половая идентификация, которые являются двумя линиями единого процесса психосексуального развития. На психофизиологическом уровне подростки могут испытывать дискомфорт от: неустойчивости эмоциональной сферы; особенностей высшей нервной деятельности; высокого уровня ситуативной тревожности.

Особенное большое внимание к своим внешним данным, так же, как и к мнению о них окружающих, - одно из важнейших свойств подросткового возраста, поскольку в период данного возрастного криза происходит формирование личности с ее ценностными установками, переход от сознания индивидуального к сознанию общественному, а также определение социальной роли.

Значимость проблемы принятия собственного тела подчеркивает М. Клее, который выделил задачи развития в подростковом возрасте относительно четырех основных сфер: тела, мышления, социальной жизни, самосознания. В течение относительно короткого периода тело подростка претерпевает значительные изменения. Это влечет две основные задачи развития: необходимость реконструкции телесного образа «Я» и построения мужской или женской идентичности; постепенный переход к взрослой сексуальности.

Основным психологическим феноменом, характеризующим подростковый возраст, является резкий скачок в процессе формирования Я-концепции. В основном это связано с развитием самосознания. В этот период оно обогащается таким важным открытием, как открытие подростком своего внутреннего мира.

Выготский Л.С. центральным и специфическим новообразованием этого возраста считал чувство взрослости – возникающее представление о себе как уже не ребенку. Подросток начинает чувствовать себя взрослым, стремится быть и считаться взрослым, что проявляется во взглядах, оценках, в линии поведения, а так же в отношениях со сверстниками и взрослыми [14].

Т.В. Драгунова отмечает следующие проявления в развитии взрослости

у подростка:

- подражание внешним проявлениям взрослых (стремление походить внешне, приобрести их особенности, умения и привилегии);
- ориентация на качества взрослого (стремление приобрести качества взрослого, например у мальчиков – «настоящего мужчины» - силу, смелость, волю и т.д.);
- взрослый как образец деятельности (развитие социальной зрелости в условиях сотрудничества взрослых и детей, что формирует чувство ответственности, заботы о других людях и др.);
- интеллектуальная взрослость (стремление что-то знать и уметь по-настоящему; происходит становление доминирующей направленности познавательных интересов, поиск новых видов и форм социально значимой деятельности, которые способны создавать условия для самоутверждения современных подростков).

Ведущие позиции начинают занимать общественно-полезная деятельность и интимно-личностное общение со сверстниками.

Во взаимоотношениях подростков наиболее значимы чувства симпатии и антипатии, испытываемые ими к сверстникам, оценки и самооценки способностей. Неудачи в общении со сверстниками ведут к состоянию внутреннего дискомфорта, компенсировать который не могут никакие объективно высокие показатели в других сферах жизнедеятельности.

Общение субъективно воспринимается подростком, как нечто очень важное; об этом свидетельствуют их чуткое внимание к форме общения, попытки осмыслить, проанализировать свои взаимоотношения со сверстниками и взрослыми. Именно в общении со сверстниками берет свое начало формирование ценностных ориентаций подростков, которые являются важным показателем их социальной зрелости. В общении со сверстниками получают удовлетворение такие важные потребности подростка, как стремление к самоутверждению среди сверстников, желание лучше узнать себя и собеседника, понять окружающий мир, отстоять

независимость в мыслях, поступках и действиях, проверить собственную смелость и широту знаний в отстаивании своего мнения, показать в деле такие личностные качества, как честность, сила воли, отзывчивость или суровость и пр. Подростки, у которых по той или иной причине не сложилось общение со сверстниками, часто отстают в возрастном личностном развитии.

Таким образом, в этот период складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера, способы эмоционального реагирования, это пора достижений, стремительного наращивания знаний, умений, становление «Я», обретение новой социальной позиции. Вместе с тем, этот возрастной период характеризуется появлением чувства тревожности и психологического дискомфорта по поводу отношения к изменяющемуся собственному телу.

Проблема отношения к своему телесному расстройству или телесному дефекту у детей с ОВЗ и детей – инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата является особо актуальной. В настоящее время концепция инвалидности опирается на культурно-историческую теорию развития психики, что качественно изменило стереотипные представления о закономерностях и механизмах функционирования телесного «Я». Тело всегда наделено не только личностным, но и культурным смыслом и значением, оно выступает центральным компонентом личностной идентичности и одним из основных способов проявления личностных качеств и характеристик в социальном взаимодействии и общении.

В культурном пространстве существуют идеальные образцы мужского или женского тела, по отношению к которым общество определяет «патологические» и «неестественные» тела. Поэтому дети с телесными дефектами, выступающими внешними знаками определенных соматических расстройств (например, ДЦП, полиомиелит и т. п.) чувствуют себя «неправильными», «инакими» и подвергаются со стороны окружающих людей стигматизации (stigma – бросающийся в глаза признак патологии, клеймо позора). Стигматизация – это процесс приписывания отрицательных

черт или выделение из общества посредством дискриминации из-за наличия у человека признака какого-либо расстройства или из-за отклонения от социальных норм. Стигматизации подвергаются такие телесные черты, которые не соответствуют культурным стандартам тела.

Стигматизированные дети-инвалиды исключаются из социального пространства здоровых детей, т. е. маргинализируются. Психологическим механизмом маргинализации является страх здоровых детей и их родителей перед «нетипичным» дефектным телом, не соответствующим социальным ожиданиям и доминирующим идеалам. Встреча с телесным дефектом напоминает здоровым людям об угрозе собственному телесному благополучию, актуализирует перенос возможных вследствие болезни проблем с больного ребенка на здорового. Во многом страх, сопровождающий такую встречу, связан с распространенными социальными представлениями о дефекте как признаке слабости, пассивности, зависимости.

Вследствие маргинализации и стигматизации у детей-инвалидов часто развивается чувство неполноценности, оказывающее влияние на весь жизненный путь личности. Иногда наличие дефекта как внешнего проявления соматического расстройства может стать причиной невротических и личностных расстройств, которые вполне вписываются в психодинамическую концепцию конверсионных и психосоматических расстройств. Изменения в когнитивной и эмоциональной сфере являются наиболее характерными для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В структуре их личности четко прослеживается фобический компонент. Страхи могут быть вполне обоснованными, однако в значительной мере они преувеличенные и внушенные, имеют парадоксальное содержание: одновременно отражают актуальное и возможное состояния ребенка. Так, ребенок может страдать от дефицита общения, испытывать страх одиночества и одновременно бояться предстоящих встреч с другими людьми. Среди детей-инвалидов нередок

страх выздоровления в связи с возможной, по их мнению, утратой любви и повышенного со стороны значимого окружения, а также из-за необходимости возвращения к обычной жизни в школе, к которой они чувствуют себя не готовыми. Ощущение острого дефицита знаний, умений, навыков, необходимых для жизни в обществе, осознание ограниченности своих физических возможностей и юридических прав в связи со статусом инвалида нередко приводит к фиксации на мыслях о бессмысленности дальнейшего существования. Проблема несоответствия телесного «Я» идеальным стандартам особенно остро переживается в подростковом возрасте. Инвалидность ребенка часто заставляет родителей следовать гиперопеке в ущерб другим воспитательным стратегиям, что только способствует психосоциальной дезадаптации детей-инвалидов и еще больше инвалидизирует их, поскольку тактика гиперопеки формирует у детей состояние «выученной беспомощности» и чувство низкой «самоэффективности».

Понятие «самоэффективности», введенное А. Бандурой, означает убежденность человека в своей способности мобилизовывать мотивацию, когнитивные и поведенческие возможности, чтобы соответствовать требованиям жизненных ситуаций. Чувство самоэффективности связано не с имеющимися у ребенка умениями и навыками, а с его представлениями о том, чего он сможет добиться при наличии доступных для него умений. Даже если у ребенка сформированы доступные, адекватные его состоянию и необходимые для самостоятельной жизни навыки и умения, главной детерминантой их практического использования будет именно представление об ожидаемой эффективности их применения: сколько сил будет затрачено на решение проблемы, как долго удастся выдерживать напряжение в стрессовой ситуации. В условиях гиперопеки эти представления не формируются, поскольку обучение навыкам и умениям носит «тепличный» характер, не соответствующий характеристикам реальных ситуаций, в которых оказывается ребенок-инвалид (в реальных ситуациях проблемы за

него стремятся разрешать именно родители или педагоги).

Выделяют четыре фактора, влияющие на формирование чувства самоэффективности:

1) достигнутые результаты (успех в прошлом дает высокие ожидания результативности текущих действий, тогда как прошлые неудачи снижают эти ожидания);

2) косвенные переживания (впечатления от успеха или неудачи других детей);

3) словесное убеждение (самоэффективность повышается, когда авторитетное лицо – родитель или педагог – убедительно говорят о том, что ребенок в состоянии справиться с ситуацией);

4) эмоциональная активация (чувство тревоги и напряжения снижает ощущение самоэффективности).

Инвалиды с низкой самоэффективностью в большей мере склонны к преувеличению трудностей и чаще демонстрируют неумение их преодолевать. Ощущение низкой самоэффективности также способно провоцировать развитие депрессии или ее усиление.

С состоянием выученной беспомощности и чувством самоэффективности связаны и такие личностные черты, как локус контроля и воспринимаемая управляемость.

Локус контроля – это представление ребенка-инвалида о том, где осуществляется контроль над значимыми событиями в его жизни: внутри него самого или во внешней среде. В зависимости от воспитания и отношения к ребенку-инвалиду у него может формироваться внутренний или внешний локус контроля. В условиях гиперопеки как основного стиля взаимодействия с инвалидом последний связывает успешность своих действий только с действиями других людей, поэтому он реже будет стремиться самостоятельно преодолевать трудности, а значит, у него не будет достаточного опыта для развития чувства самоэффективности. Для развития внутреннего локуса контроля со стороны родителей и педагогов

необходимо использовать значимые для ребенка-инвалида подкрепления его самостоятельной активности: например, таким подкреплением может быть достижение значимой для ребенка цели. При этом важно иметь в виду, что развитие внутреннего локуса контроля совсем не обязательно должно быть связано с непременной реализацией всех намеченных ребенком действий, чтобы он мог трезво оценивать свои физические возможности и способности и тем самым сформировать адекватные. Выученная беспомощность, самоэффективность и локус контроля вместе составляют такую интегральную личностную характеристику ребенка-инвалида как воспринимаемая управляемость. Воспринимаемая управляемость – это общее представление человека о своей способности управлять процессом собственной жизни. Психологически комфортное состояние ребенка-инвалида (т. е. отсутствие у него утомления, тревоги, депрессии, а также субъективное чувство физического благополучия) зависит от того, насколько предъявляемые к нему требования сочетаются с простором для принятия решений или возможностью быть самостоятельным. У детей перечисленные особенности состояния инвалидности значительно более выражены, чем у взрослых, поскольку у них еще не до конца сформированы волевой и мотивационный компоненты личности. Следовательно, целенаправленная работа психолога с родителями и педагогами, взаимодействующими с детьми-инвалидами и с детьми с ОВЗ, консультирование по принятию собственного тела подростками, приобретает особенное значение.

Для нашего исследования значимым моментом является, что что психическая деятельность личности школьника с хроническими соматическими заболеваниями, в частности с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, определяется как измененная (В.В. Николаева). Изменяется содержание ведущего мотива деятельности, причем ведущий мотив заменяется мотивов более низкого порядка, новым ведущим деятельности становится мотив сохранения здоровья, происходит постепенное переподчинение всей структуры мотивационной сферы этому

новому мотиву (В.В. Николаева).

Необходимо также отметить, что соматический недуг, преломляясь через призму уже сформированных или формирующихся потребностей и мотивов, приобретает различный по своему индивидуальному наполнению личностный смысл, то есть болезнь оказывается встроенной в систему смысловой сферы личности (Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов и др.). А.Г. Асмолов определяет «личностный смысл» как принятие и интериоризацию личностью социальных ценностей, выражение отношения личности к тем объектам, ради которых разворачивается ее деятельность и общение [15].

Можно предположить, что появление болезни оказывает значительное влияние на систему сложившихся отношений личности к окружающей действительности. Болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитарные условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований как нормального, так и патологического типа и тем самым изменить жизненный опыт человека, его ценностные ориентиры (Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева, Б.С. Братусь и др.).

При этом, «любая хроническая болезнь, независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган, или функциональная система оказывается пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, создает особую объективную социальную ситуацию развития психики человека» [35, 36].

Наличие «особой объективной социальной ситуации развития», преломляясь через субъективное ее осмысление, не может не отразиться как на развитии этого субъекта, так и на течении заболевания [36].

Патология позвоночника, всего опорно-двигательного аппарата развиваясь с раннего детства, способна, как тяжелое хроническое заболевание, изменить поведение и характер человека. Можно предположить, что появление болезни оказывает значительное влияние на

систему сложившихся отношений личности к окружающей действительности. Постепенность и прогрессирующий характер развития болезни приводит к тому, что, начиная с детского возраста, у больного ребенка формируется иная, не свойственная его природе стиль поведения, отличная от сверстников оценка себя и своего места среди близких. Этому способствуют ограничения жизнедеятельности (спорта, хобби, увлечений), ограничения дальнейшего профессионального выбора.

Выявленное на определенном этапе жизни ребенка заболевание, в данном случае опорно-двигательного аппарата, оказывается, сильнодействующим фактором, влияющим на дальнейшее формирование отношений к себе и другим. Если прежде «здоровье» не всегда осознавалось как ценность, то при его утрате появляется доминанта, выражающееся в направленности на сохранение здоровья, которое теперь стало осознаваться как одна из основных ценностей [35].

При данном заболевании происходят не только глубокие физические изменения в позвоночнике и внутренних органах ребенка, требующие соответствующей коррекции, но и серьезные нарушения в развитии психоэмоциональной сферы, связанные с социально-психологической дезадаптацией личности.

Заболевания ОДА в детском возрасте, создает особую психологическую и педагогическую ситуацию для детей и их родителей. Schneider приходит к выводу, что дети испытывают не только физические, но и значительные психические нагрузки. Автор отмечает, что при тяжелых формах не только движения больных неуверенны, но создается общее впечатление неуверенности в себе, то есть эти дети испытывают разнообразный “комплекс” проблем, связанный с заниженной самооценкой.

В то же время Hastenteufel отмечает, что в жизни больных превалирует аспект автономии, то есть они больше склонны заниматься изолированной, неколлективной деятельностью [55].

М.А. Садовой, Ю.М. Плюснин также придерживаются мнения, что патология позвоночника способна, как всякое тяжелое хроническое заболевание, изменить поведение человека и отдельные черты личности. В результате проведенного ими исследования, основной целью которого являлось обнаружение различий в структуре социального поведения (система ценностей, диспозиций, представление о себе и своем месте среди близких), авторы сделали следующие выводы:

- обнаружены определенные различия детей с патологией развития позвоночника и их здоровых сверстников, которые касаются не наследственно детерминированных черт личности, а социально-психологических характеристик индивидуума;
- больные сколиозом, прежде всего девочки, оказываются в психо-эмоциональном и социальном отношении более развитыми по сравнению с их здоровыми сверстниками;
- структура инструментальных ценностей больных и здоровых девочек одинакова, тогда как различия в структуре терминальных ценностей отражают влияние постоянно действующего патогенного фактора [55].

Это является значимым, так как больной ребенок, сравнивая себя со здоровым, оценивает не только личностные качества, мир жизнедеятельности, но и физическое тело, теряет самоуважение к себе, снижает собственную оценку.

Все это говорит о необходимости специально организованной психологической помощи, направленной на более глубокое понимание необходимости коррекции своих жизненных целей, интересов, идеалов, потребностей и таким образом обеспечивая позитивное принятие себя.

1.3. Психологическая консультация как форма помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела

Психологическая помощь, как область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности человека, может быть представлена в различных ее основных формах: психопрофилактика, психокоррекция, просвещение, психологический тренинг, психотерапия.

По-нашему мнению, психологическое консультирование в большей степени позволяет решать актуальные задачи по проблеме принятия подростками с ОВЗ собственного тела такие как: направленность на расширение представления о собственном теле, формирование эмоционально-положительного отношения к собственному телу, формирование адаптивных приемов для коррекции физических особенностей тела, поскольку имеет возможность в комплексе учитывать уровни проявления когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов.

Согласно Р. Нельсону-Джоунсу, психологическое консультирование, по своей сути, является видом отношений помощи [34]. Это психологическая помощь людям, находящимся в пределах психологической нормы в адаптации, развитии и расширении личностного потенциала.

Психологическое консультирование (counselling) по определению Британской ассоциации консультирующих психологов – это есть специфические отношения между двумя людьми, при которых один человек (консультант) помогает другому человеку (клиенту) помочь самому себе. Это способ общения, позволяющий человеку (клиенту) изучать свои чувства, мысли и поведение, чтобы прийти к более ясному пониманию самого себя, а затем открыть и использовать свои сильные стороны, опираясь на внутренние ресурсы для более эффективного распоряжения своей жизнью через принятие адекватных решений и совершение целенаправленных действий. На наш взгляд, такое определение наиболее отражает суть,

характер и содержание этого вида психологической помощи.

Кроме того, мы согласны с мнением Ю. Е. Алёшиной, которая отмечает, что — психологическое консультирование, как правило, является эффективным и краткосрочным (редко превышает 5-6 встреч консультанта и клиента), что в условиях оказания помощи в образовательном учреждении оправдано.

Психологическое консультирование может проходить в различных пространственных и временных условиях, но что для повышения его эффективности существенное значение имеют особенности пространственной и временной организации этого процесса. В нашем контексте пространственно-временной компонент консультирования должен позволять учитывать специфику детей с ОВЗ, а именно с заболеваниями опорно-двигательного аппарата – возможности ребенка передвигаться, самостоятельно писать (рисовать), расположение коляски относительно консультанта, т. е. учитывать уровень здоровья и медицинские рекомендации в связи с заболеванием.

Время, как и пространство, имеет большое значение для эффективности и успешности психологического консультирования [3]. Время самой консультации должно быть правильно организовано, что подразумевает чёткое обозначение начала и конца консультативного сеанса, а также наличие этапов консультативного сеанса. Необходимо работать активно и динамично, но при этом учитывать особенности личности с ОВЗ. Этапность процесса консультирования позволяет учитывать психофизиологические особенности подростков с ОВЗ – уровень истощения, работоспособности, концентрации внимания и т. д.

Личность психолога – один из наиболее важных факторов психологической работы и изменений в жизни клиента, особенно подростка. Слово «консультация» происходит от латинского «consulto» – совещаться, заботиться. Психолог должен уметь создать атмосферу безусловного уважения и эмоционального тепла, изначального доверия и понимания,

принятия индивидуальности человека, ценить уникальность, в том числе и подростка с ОВЗ.

Исходя из проблематики подростка с ОВЗ, мы считаем актуальными следующие консультативные направления.

Рационально-эмоциональная терапия (А. Ellis). Консультант выполняет роль учителя, а клиент – ученика. Личным отношениям консультанта с клиентом не придается значения. Клиент побуждается к пониманию своих проблем и на основе этого понимания — к изменению своего поведения, основываясь на рациональных предпосылках.

Ориентированная на клиента терапия (С. Rogers). Консультативный контакт составляет сущность процесса консультирования. Особенно подчеркиваются искренность, теплота, эмпатия, уважение, поддержка со стороны консультанта и "передача" этих установок клиентам. Усвоенные во время консультативного контакта навыки клиент переносит на другие отношения.

Экзистенциальная терапия. Основная задача консультанта — вжиться в экзистенцию клиента и завязать с ним аутентичную связь. Контакт с консультантом, клиент раскрывает свою уникальность. Отношение между консультантом и клиентом понимается как контакт "человек — человек", идентичный встрече двух равноценных людей "здесь и теперь". Во время консультативного контакта меняется как консультант, так и клиент.

Терапия поведения – консультант является активной и директивной стороной; он исполняет роль учителя, тренера, стремясь научить клиента более эффективному поведению. Клиент должен активно апробировать новые способы поведения. Вместо личных отношений между консультантом и клиентом устанавливаются рабочие отношения для выполнения процедур обучения [1, 3, 25].

Основными методами и методическими приемами работы психолога с подростками с ОВЗ в процессе консультирования являются:

- а) метод диагностики, который позволяет получить объективную

качественную и количественную информацию о психических процессах, состояниях и свойствах человека. Метод применяется при недостатке информации об индивидуальных особенностях и психологических проблемах консультируемого клиента. Проективные тесты способствуют выявлению скрытых мотивов и установок;

б) метод динамического наблюдения, который проводится в течение всего процесса консультирования и позволяет получать непосредственную психологическую информацию о реакциях, состояниях и личностных особенностях человека. Психолог при этом выступает в качестве эксперта и может целенаправленно моделировать проблемные ситуации в ходе беседы. Следует обращать внимание на тон речи и невербальные реакции, вегетативные проявления, детали внешности, одежды, манеру общения, особенности психомоторного реагирования и прочее;

в) метод эмоционального заражения, предполагающий прямую целенаправленную передачу эмоционального состояния психологов консультируемому человеку. Необходим для коррекции психического состояния человека, формирования наилучшей для успешного взаимодействия психологической атмосферы, повышения самооценки клиента. Для овладения этим методом психологу необходимо совершенствовать умение концентрировать, выражать и контролировать свои эмоции;

г) метод внушения, который состоит в мало аргументированном словесном воздействии на человека с целью изменения его мнений, установок и отношений. Эффективность воздействия основана на авторитете психолога-консультанта. Внушение целесообразно применять для снятия психологических защит и преодоления прямого сопротивления клиента в ходе беседы;

д) метод убеждения, суть которого состоит в развернутой логической аргументации приводимых доводов и положений, передаваемых на фоне уравновешенного эмоционального состояния человека. Метод можно считать

базовым для всех фаз и стадий консультирования. Успешное владение этим методом предполагает хорошее развитие образного и абстрактного мышления, долговременной памяти и внимания. Кроме того, необходимо правильно понимать и интерпретировать высказывания клиента, находить с ним «общий язык», то есть обладать коммуникативной компетентностью;

е) метод психологического информирования с целью повышения психологической компетентности (грамотности) клиента в области обсуждаемых проблем. Предлагаемые разъяснения должны быть простыми по форме, а по содержанию приближены к конкретным жизненным ситуациям. Метод может применяться на всех остальных процессах консультирования, кроме фазы «исповеди»;

ж) метод художественных аналогий, предназначенный для косвенного воздействия на мировоззренческие установки, стереотипы, мнения человека. Суть этой техники состоит в привлечении конкретных случаев из практики, жизни, анекдотов, примеров из художественной литературы, притч, сказок, пословиц и поговорок. Эти истории дают возможность клиенту взглянуть на похожую проблему как бы со стороны, часто с неожиданной и даже юмористической. Благодаря этому снижается субъективная значимость и ложное ощущение уникальности проблемы. Кроме того, удается разрядить излишне напряженную атмосферу беседы. Метод может применяться на всех стадиях консультирования;

з) метод мини-тренинга, суть которого — в формировании необходимых конкретных навыков у клиента путем кратковременных тренировок, органично включаемых в процесс консультирования. Например, психолог предлагает «проиграть» ситуацию конфликта с какой-либо значимой для клиента личностью, после этого обсуждаются ошибки и ограничения в поведении. Метод рекомендуется применять, когда ребенок осознает дефицит определенных психологических умений и навыков и желает немедленно его восполнить. Этому методу может предшествовать или сопутствовать метод информирования [1, 3] .

В процессе консультирования психолог должен использовать приемы рефлексивного и нерефлексивного слушания.

Нерефлексивное слушание состоит в умении молчать, не вмешиваясь в речь собеседника. Это активный процесс, требующий внимания. В зависимости от ситуации консультант может выразить понимание, одобрение и поддержку короткими фразами или междометиями.

Рефлексивное слушание является объективной обратной связью для говорящего и служит критерием точности восприятия услышанного. Этот прием помогает клиенту наиболее полно выразить свои чувства. Уметь слушать (читать) рефлексивно – значит расшифровывать смысл сообщений, выяснять их реальное значение.

Консультант должен владеть также приемами рефлексивного слушания – выяснение, перефразирование, отражение, резюмирование.

Выяснение. Это обращение к говорящему за уточнениями: "Пожалуйста, объясните это", "В этом ли состоит проблема, как Вы ее понимаете?", "Не повторите ли Вы еще раз?", "Я не понял, что Вы имеете в виду" и др. Этот прием позволяет подростку более точно оформить собственное высказывание.

Прием перефразирование, состоящий в том, что консультант выражает мысль клиента другими словами. Цель перефразирования - самому сформулировать сообщение говорящего (пишущего) для проверки его точности. Фраза консультанта в этом случае может начинаться со следующих слов: "Как я понял Вас...", "Если я правильно понимаю, Вы говорите...", "По Вашему мнению...", "Вы думаете...", "Вы можете поправить меня, если я ошибаюсь, я понял...", "Другими словами, Вы считаете..." и др.

Прием отражение. Отражая чувства, мы показываем, что понимаем состояние говорящего, а также помогаем ему осознать его эмоциональное состояние. Можно использовать фразы: "Вероятно, Вы чувствуете...", "Не чувствуете ли Вы себя несколько..." и др.

Прием резюмирование применяется в длительных беседах (при

получении большого плохо структурированного текста), с целью привести фрагменты разговора (текста) в смысловое единство, что является важным в общении с подростками.

Исходя из вышесказанного можно утверждать, что психологическая консультация являясь формой психологической помощи, позволяет оказать эффективную помощь подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Выводы по Главе I:

На основании проанализированной психологической литературы по теме исследования можно сделать следующие выводы:

1. Образ тела и телесность являются важными объектами исследования современной психологии, но нет единого подхода к их изучению и пониманию.

2. Образ тела выступает как представление о целостности человека. Образ тела – сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с телесной внешностью и с функциями тела (Е.Т. Соколова).

3. Тело наделено не только личностным, но и культурным смыслом и значением, оно выступает центральным компонентом личностной идентичности и одним из основных способов проявления личностных качеств и характеристик в социальном взаимодействии и общении.

4. К главным новообразованиям подросткового возраста, относят развитие сознания на уровне самосознания, развитие понятийного мышления и развитие «чувства взрослости».

5. Появление болезни оказывает значительное влияние на систему сложившихся отношений личности к окружающей действительности. Болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитные условия для развития его личности, и тем самым изменить жизненный опыт человека, его ценностные ориентиры, отношение к другим и самому себе (Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева, Б.С. Братусь и др.).

6. Проблема отношения к своему телесному расстройству или телесному дефекту у детей с ОВЗ и детей – инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата является особо актуальной.

7. Психологическое консультирование является эффективной формой помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

8. Психологическое консультирование позволяет решать актуальные

задачи по проблеме принятия подростками с ОВЗ собственного тела такие как: направленность на расширение представления о собственном теле, формирование эмоционально-положительного отношения к собственному телу, формирование адаптивных приемов для коррекции физических особенностей тела, поскольку имеет возможность в комплексе учитывать уровни проявления когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов.

Глава II. Разработка и апробация модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела

2.1. Изучение отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ

Исследование посвящено изучению особенностей отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ.

Констатирующий эксперимент проводился на базе МБОУ школы-интерната №1 им В.П. Синякова г. Красноярск в сентябре-октябре 2016 г. В исследовании приняли участие учащиеся 8-х классов в количестве 23 человек, в возрасте 13-15 лет. Все дети имеют статус детей-инвалидов и детей с ОВЗ (детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата). Дети данной группы имеют следующие заболевания:

с заболеваниями нервной системы – ДЦП, с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз) – 4 человека;

с врожденными патологиями ОДА – врожденный вывих бедра; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей – 18 человека;

с приобретенными заболеваниями и повреждения ОДА - травматические повреждения спинного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (остеомиелит); системные заболевания скелета (хондрострофия, рахит) – 4 человека.

Для нашего исследования является важным также понимание и специфичных условий образовательного учреждения. Школа-интернат представляет собой особый вариант организации учебно-воспитательного процесса, одновременно являясь лечебным и образовательным учреждением. Причем лечебные процедуры, входящие в комплексное консервативное лечение заболеваний ОДА, выполняются и в учебное время, то есть учебный процесс прерывается. При этом целостность урока нарушается уходом и приходом ученика на процедуры, сменой поз,

регламентированных строгим ортопедическим режимом, проверкой ортопедами выполнения физминуток и другими моментами. Все это ставит учителя и ребенка в ситуацию повышенной психологической нагрузки.

Школа-интернат имеет отличный от других типов школ режим организации рабочего дня ребенка, причем в связи с тем, что школьники совмещают процессы лечения и обучения, они вынуждены переносить гораздо большие физические нагрузки, чем школьники, обучающиеся в обычных общеобразовательных школах. Анализ режима дня позволяет сделать следующие выводы: более 4-х часов ежедневно занимают лечебные процедуры, направленные на лечение сколиоза, сопутствующих заболеваний, в целом на укрепление здоровья ребенка. Учебный процесс занимает от 4-х до 6 часов в зависимости от возраста ребенка.

Таким образом, постоянное лечение, особый режим дня, явные дефекты внешности актуализируют проблему отношения к телу подростков, которое складывается из оценки собственных физических возможностей (ограничены), эмоциональных реакций, связанных с телом, оценки социальных реакций, прежде всего со стороны сверстников, сравнения с идеальным образом тела. Т.е. проблема достаточно лично остро и болезненна для подростка, что требует организации специальных психологических консультаций.

На основании анализа психолого-педагогической литературы мы выделили критерии и уровни отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ.

Таблица 1.2. Критерии и уровни отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ

Критерии	Уровни проявления			Методики
	Низкий	Средний	Высокий	
Когнитивный	Отсутствует дифференцированное представление о собственном теле, границы тела размыты. Не осознает индивидуальные особенности собственного тела.	Частично дифференцированное представление о собственном теле, границы тела частично размыты. Частично осознает индивидуальные особенности собственного тела.	Дифференцированное представление о собственном теле, четкие границы понимания собственного тела. Осознает индивидуальные особенности собственного тела.	методика «Словесный автопортрет» В.Н. Куницына
Эмоциональный	Демонстрирует неприятие собственного тела, отрицательные эмоции при описании собственного тела.	Присутствует неудовлетворенность отдельными частями собственного тела, демонстрирует неприятие отдельных частей собственного тела, отрицательные эмоции при описании собственного тела.	Демонстрирует принятие собственного тела, положительные эмоции при описании собственного тела.	Методика «Исследование самоотношения к образу физического Я» А.Г. Черкашиной Методика «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика», разработанная В.А. Лабунской и Е.В. Белугиной
Поведенческий	Использует неадаптивные приемы для скрытия физических особенностей тела.	Использует неадаптивные и адаптивные коррекционные приемы для скрытия физических особенностей тела ситуативно.	Использует адаптивные приемы для скрытия физических особенностей тела.	«Адаптационно-компенсаторные стратегии по преобразованию внешности» Гавриленко А.А.

Для изучения особенностей отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ был подобран следующий диагностический комплекс.

В разработанный нами комплекс вошли методики, позволяющие изучить структурные и содержательные особенности когнитивного,

эмоционального и поведенческого компонентов отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ и получить целостную картину изучаемой проблемы.

Рассмотрим более подробно суть выбранных нами психологических методик.

1. Методика «Словесный автопортрет» В.Н. Куницыной была выбрана для изучения когнитивного компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ. Она относится к методам свободного самоописания. Учащимся предлагается инструкция: «Опишите собственную внешность». Результаты обрабатываются с помощью контен-анализа.

2. Методика «Исследование самоотношения к образу физического Я» А.Г. Черкашиной предназначена для выявления значимости и удовлетворенности различными компонентами собственного тела. (Приложение Б).

Методика отражает эмоциональное отношение субъектов к различным параметрам своей внешности. Она позволяет определить значимые части тела для субъекта и удовлетворенность компонентами физического Я образа.

Методика состоит из двух частей. Части выполняются последовательно друг за другом. В первой части испытуемому дается бланк и инструкция: «Оцените компоненты вашей внешности по степени значимости для вас по 5-бальной шкале: 1 – абсолютно не важно, 2 – не важно, 3 – средне-положительная оценка, 4 – важно, 5 – самая высокая позитивная оценка – очень важно».

Во второй части, заполненный бланк убирается, чтобы испытуемый не мог видеть заполненные ответы, предлагается второй вариант бланка и инструкция: «Оцените степень удовлетворенности компонентами вашей внешности по 5-бальной шкале: 1 – крайне негативная оценка, 2 – отрицательная оценка, 3 – средне-положительная оценка, 4 – положительная оценка, 5 – самая высокая позитивная оценка».

В методике оцениваются анатомические и социальные характеристики

образа физического Я. Анатомические характеристики подразделены на 4 группы – лицо в целом, фигура, ноги, руки.

1. Лицо в целом – в данную группу включены 13 признаков: волосы (густота, фактура, цвет, качество); кожа (качество, цвет); овал лица; форма лба; брови; глазной ареал; нос; губы; зубы; подбородок; ушная раковина; лицо в профиль.

2. Фигура – данная категория включает 15 признаков: рост; вес; гармония пропорций; шея; плечи; область декольте; грудь; талия; живот; спина; ягодицы; бедра; боковая контурная линия туловища (в фас); передняя контурная линия туловища (в профиль); задняя контурная линия спины и ягодиц (в профиль).

3. Ноги – в данной категории отражены 5 признаков: форма ног; верхняя часть (до колена), нижняя часть (от колена); ступни; длина ног.

4. Руки – в категории 6 признаков: верхняя часть (до локтя); нижняя часть (от локтя); запястье; кисть; пальцы; ногти.

Социальные характеристики разделены на 3 группы: одежда, аксессуары, косметика:

5. Одежда – в нее входят 7 признаков: соответствие с модой; сочетание цветовой гаммы с цветом кожи, глаз, волос; комфортность (удобство); индивидуальность стиля, соответствие с пропорциями фигуры; соответствие возрасту, соответствие социальной роли.

6. Аксессуары – в категории отражены 4 признака: обувь; сумки, зонты, платки; украшения; сочетание аксессуаров с одеждой.

7. Косметика – 5 признаков: макияж; маникюр; педикюр; духи; прическа.

3. **Методика «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика»**, разработанная В.А. Лабунской и Е.В. Белугиной применялась для исследования эмоционального компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ. (Приложение В).

Опросник используется для углубленного рассмотрения

самоотношения к внешнему облику и позволяет оценить социально-желательное содержание характеристик внешности. Испытуемым предлагается оценить соответствие компонентов своего внешнего облика 11 парам противоположных утверждений.

Инструкция: «Перед Вами анкета, в которую включены различные характеристики внешнего вида. Прочтите каждую пару характеристик и оцените их соответствие элементам вашего внешнего вида по 5-бальной системе: 1 – крайне негативная оценка; 2 – отрицательная оценка; 3 – средне-положительная оценка; 4 – положительная оценка; 5 – самая высокая позитивная оценка». Показателем оценки содержательных характеристик отношения к своему внешнему виду выступает средний балл, полученный после деления суммарного балла по каждой категории на количество входящих в него пар прилагательных

4. Опросник «Адаптационно-компенсаторные стратегии по преобразованию внешности» Гавриленко А.А. был использован для изучения поведенческого компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ. (Приложение Г).

Поскольку в исследовании необходимо выявить и дать анализ поведенческим аспектам принятия собственного тела, применялась методика, направленная на выявление действий по коррекции собственной внешности. В методике сформулирован ряд утверждений. Методика состоит из 33 утверждений, отражающих более или менее распространенные разновидности таких действий, среди которых можно выделить искусственно осуществляемую коррекцию конституциональных контуров тела и лица субъекта. Естественные способы изменения параметров внешности (анатомических), а также коррекцию элементов оформления внешнего вида (социальных).

Инструкция: «Внимательно прочитайте суждения предлагаемого теста. Отметьте, к каким способам Вы бы прибегли в будущем, использовали однократно или использовали многократно для преобразования своей

внешности, а также никогда бы не использовали бы для преобразования своей внешности»

Ниже мы представляем обсуждение полученных результатов исследования.

Анализ результатов изучения когнитивного компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ

Когнитивная дифференцированность (сложность) образа физического «Я» в отношении к собственному телу у подростков с ОВЗ исследовалась с помощью методики В.Н. Куницыной самоописания внешности «Словесный автопортрет».



Рис. 1. Уровни когнитивного компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ (распределение в %)

Отметим, что все 25 респондентов (100 %) справились с предложенным заданием и представили словесные описания собственной внешности. 12 человек (48%) продемонстрировали высокий уровень когнитивного компонента, что свидетельствует о высокой степени дифференцированности представления о собственном теле. Подростки показали четкие границы понимания собственного тела и осознанности индивидуальных особенностей

собственного тела.

Большинство ответов начинается в описании собственной внешности с характеристики осанки, спины, позвоночника, пропорций рук или ног. Интересно отметить, что многие подростки описание своего позвоночника сопровождают такими комментариями «У меня не очень хорошая осанка, но я делаю каждый день ЛФК, надеюсь, что смогу сделать осанку более правильной» (Наташа, 14 лет), «Мне говорят, что если научиться ходить правильно, то хромоту практически не будет видно» (Миша, 13 лет). По нашему мнению, такие комментарии детей свидетельствует о том, что подростки находятся в ситуации постоянного контроля за осанкой, соблюдения режима разгрузки позвоночника и выполнения других медицинских предписаний, важных для поддержания их здоровья. Заметно преобладание в описании осанки и позвоночника функциональных признаков, в меньшей степени – эстетических.

Хуже представлено в самоописаниях подростков лицо, практически нет развернутых комментариев («лицо обычное, как у всех, нет ничего особенного», «лицо никакое, его не запомнишь», «лицо у меня и некрасивое и не уродливое»).

В данной группе респондентов девочки и мальчики говорили об изменяющейся их внешности, связанные с изменениями в подростковом возрасте («у меня появляются усы», «увеличивается грудь», «мое тело становится более круглым, и мягким»).

Пять (5) человек (20%) продемонстрировали средний уровень когнитивного компонента отношения к собственному телу, что проявилось в частично дифференцированном представлении о собственном теле, границы тела частично размыты. Данная группа респондентов не достаточно осознает индивидуальные особенности собственного тела, что нашло отражение в поверхностном неточном описании собственной внешности. В тоже время в ответах именно этой группы испытуемых в описание были включены неспецифические детали и элементы («острые скулы», «широкий таз»,

«накаченный бицепс», «у меня замечательный пресс», «у меня на лице веснушки, они мне идут»).

Восемь подростков (32%) продемонстрировали низкий уровень когнитивного компонента отношения к собственному телу. Ответы содержат простые категории описания, без детализации и уточнений. Отсутствует дифференцированное представление о собственном теле, границы тела размыты. Даже после уточняющих вопросов респонденты демонстрируют низкое представление о теле, состоящее из довольно стандартных, типовых описаний («фигура стройная», «неспортивная внешность»). Образ физического «Я» отличается пристрастностью, низким уровнем представления о себе, что свидетельствует о том, что респондент не осознает индивидуальные особенности собственного тела.

В целом, мы считаем, что большинство подростков осознают свои индивидуальные особенности тела. Но больше фиксируются на негативных особенностях, не замечают в себе позитивных моментов. Необходимо помочь подросткам принимать себя и находить в себе позитивные особенности, уметь их подчеркивать.

Анализ результатов изучения эмоционального компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ

Для выявления значимости и удовлетворенности различными компонентами собственного тела использовалась методика «Исследование самоотношения к образу физического Я» А.Г. Черкашиной.

На первом этапе подростков просили оценить значимость для них перечисленных компонентов физического Я образа: анатомических (лицо, фигура, ноги, руки) и социальных (одежда, аксессуары, косметика); на втором этапе – удовлетворенность этими характеристиками.

Расположим выбранные респондентами группы характеристик по степени значимости в порядке убывания: фигура, ноги, руки, лицо, одежда,

аксессуары, косметика. Наиболее значимыми среди анатомических характеристик оказались: в разделе фигура – гармония пропорций (данную категорию выбрали 19 человек (76%)), живот (18 человек (72%)), ягодицы (16 человек (64%)), и бедра (16 человек (64%)); в разделе ноги – форма ног (21 человек (84%)), ступни (7 человек (28%)), в разделе руки – кисти (7 человек (28%)), пальцы (6 человек (24%)), в разделе лицо – кожа (5 человек (20%)). Наименее значимыми оказались: лицо в целом – овал лица (2 человека (8%)), и подбородок (1 человек (4%)).

Из социальных характеристик наиболее значимыми оказались: одежда – комфортность (удобство) – данную категорию выбрали 15 человек (60%); аксессуары – обувь (12 человек (48%)), сочетаемость аксессуаров с одеждой (5 человек (20%)), косметика – прическа (2 человека (8%)). Наименее значимыми для испытуемых оказались аксессуары – украшения (1 человек (4%)). Мы предполагаем, что высокие показатели значимости анатомических характеристик «бедра», «ягодицы», «гармония пропорций», «живот» связаны с постоянным повышенным вниманием респондентов к собственному телу и его лечению.

На втором этапе испытуемые давали оценку удовлетворенности компонентами собственного физического Я образа (самооценка). Наиболее удовлетворены подростки такими компонентами внешности как: брови (23 человека (92%)), губы (19 человек (76%)) – раздел лицо; вес (17 человек (68%)) и плечи (15 человек (60%)) – категория фигура.

Наивысшие оценки удовлетворенности среди социальных параметров получили: сочетание цветовой гаммы с цветом кожи, волос, глаз (22 человека (88%)) - категория одежда; духи и прическа (по 17 человек (68%)) раздел косметика; обувь и сочетаемость аксессуаров с одеждой (15 человек (60%)) – раздел аксессуары. Наименее довольны такими своими характеристиками как: фигура; спина, форма ног и нижняя часть ног, ноги. Ниже всего оценены в социальных характеристиках: соответствие моде; сумки, зонты, педикюр.

Таким образом, наибольшее расхождение между высокой значимостью

характеристики и низкой степенью удовлетворенности выявлена в отношении «фигуры», «спина», «ног», «рук». Высокая значимость параметра оформление внешнего облика, по сравнению с другими параметрами, может говорить о стремлении подростков заместить на поведенческом уровне существующее неудовлетворительное отношение к собственной внешности при помощи различных приспособлений.

Для уточнения социально желательного содержания структурных компонентов физического Я образа: лица, тела, невербального поведения и оформления внешности использовалась методика «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика» В.А Лабунской, Е.В Белугиной.

Анализ оценивания данных внешнего облика подростками показал, что наиболее позитивно относятся к характеристикам оформление внешности и лица, ниже оценены – телосложение и выразительного поведения (походка, мимика). Оформление внешнего облика, в среднем, самые высокие оценки по сравнению с другими элементами внешнего облика. Оно оценено как приятное (13 человек (52%)), эффективное (12 человек (48%)), но при этом даны более низкие оценки сексуальности (9 человек (36%)), оригинальности (7 человек (28%)).

Лицо, в среднем, оценивается как скорее красивое, привлекательное, выразительное и др. Низко оценены такие характеристики лица как изящное сексуальное, незаурядное. 21 респондент (96%) тело оценивает как некрасивое, 3 респондентов (12%) – как неприятное. Выразительность поведения описывается как неуклюжее (18 человек (72%)), негармоничное (5 человек (20%)), отталкивающее (2 человека (8%)).



Рис.2. Уровни эмоционального компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ (распределение в %)

Опираясь на данные двух методик, в целом можно сказать, что на низком уровне эмоционального компонента принятия собственного тела находятся более половины подростков – 14 человек (60%), которые демонстрирует неприятие собственного тела, неудовлетворенность им, демонстрируют отрицательные эмоции при описании собственного тела. Высокий уровень эмоционального компонента принятия собственного тела продемонстрировали 4 подростков (16%). Показали неудовлетворенность отдельными частями собственного тела, продемонстрировал неприятие отдельных частей собственного тела, отрицательные эмоции при описании собственного тела 6 человек (24 %), что свидетельствует о среднем уровне эмоционального компонента принятия собственного тела.

Таким образом, более половины подростков эмоционально не принимают свое тело (особенно те части, которые сопряжены с заболеванием и его лечением), испытывают дискомфорт, негативные эмоциональные переживания, что снижает самооценку подростков, может стать причиной дисгармоничной личности. Необходимо научить подростка принимать с одной стороны свое изменяющееся тело в связи с возрастом, взрослением, с другой стороны в связи с особенностями заболеваний таким, какое оно есть, научить способам снижения тревожности.

Анализ результатов изучения поведенческого компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ

Для изучения поведенческого компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ использовался опросник «Адаптационно-компенсаторные стратегии по преобразованию внешности» А.А. Гавриленко.



Рис. 3. Уровни поведенческого компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ (распределение в %)

Группу с высоким уровнем проявления поведенческого компонента составили 5 человек (20%), которые используют адаптивные приемы для скрытия физических особенностей своего тела.

Наиболее частыми адаптационно-компенсаторными действиями среди данной группы, которые используют подростки сейчас, являются: «сокрытие недостатков собственной внешности с помощью одежды» (данную стратегию поведения выбрали 5 человек (100%)); «ношение одежды темных тонов» – 5 человек (100%); «коррекция формы своего тела с помощью занятий фитнесом (аэробика, тренажерный зал)» – 4 человека (80%); «использование украшений и аксессуаров для улучшения своей внешности» – 3 человека (60%); «коррекция формы и цвета зубов» – 2 человека (40%).

Так, на поведенческом уровне подростки склонны маскировать, компенсировать одеждой, прической, украшениями, косметикой те элементы

внешнего облика, которые считают у себя неэстетичными, социально нежелательными, не соответствующими их представлениям о красивом теле. Такая высокая роль аксессуаров, косметики, одежды показывает компенсаторно-адаптационную стратегию по улучшению не идеального, по их субъективным оценкам, тела и лица.

Таким образом, в качестве значимых определены респондентами адаптационно-компенсаторными действия, которые помогают скрыть подросткам с ОВЗ особенности своей фигуры как следствия их заболевания ОДА и направленных на улучшение своих физических характеристик и внешности.

В группе респондентов с низким уровнем проявления поведенческого компонента (15 человек (60%)) доминируют стратегии: «ношение одежды ярких цветов» (данную стратегию поведения выбрали 14 человек (93,3%)); «изменение цвета волос» – 12 человек (80%); «изменение цвета глаз с помощью контактных линз» – 8 человек (53,3%), «изменение черт своего лица с помощью профессионального макияжа (более 1 часа в день)» – 6 человек (40%), «использование косметической хирургии для борьбы с возрастными изменениями внешности» – 2 человека (13,3%). Мы считаем, что данные подростки используют неадаптивные приемы для скрытия физических особенностей тела. Поскольку их действия не направлены на улучшение своих физических характеристик и внешности.

В группе респондентов со средним уровнем проявления поведенческого компонента (5 человек (20%)) были представлены ответы, которые отражают ситуационное использование неадаптивные и адаптивные коррекционных приемом для скрытия физических особенностей своего тела.

Обобщая результаты всех методик, на основе выделенных нами критериев и уровней отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ, можно выделить три группы подростков с ОВЗ с различной степенью выраженности отношения к собственному телу.



Рис. 4. Уровни отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ (распределение в %)

Группу подростков с высоким уровнем отношения к собственному телу (8%) характеризует дифференцированное представление о собственном теле, имеются четкие границы понимания собственного тела, осознание индивидуальных особенностей собственного тела. Подростки в целом демонстрируют принятие собственного тела, используют положительные эмоции при описании собственного тела. Используют адаптивные коррекционные приемы для скрывания физических особенностей тела.

Для группы подростков со средним уровнем отношения к собственному телу (76%) характерно: частично дифференцированное представление о собственном теле, границы тела частично размыты. Частичное осознание индивидуальных особенностей собственного тела. Присутствует неудовлетворенность отдельными частями собственного тела, демонстрация непринятия отдельных частей собственного тела, присутствие отрицательных эмоций при описании собственного тела. Используют неадаптивные и адаптивные коррекционные приемы для скрывания физических особенностей тела ситуативно.

Группу подростков с низким уровнем отношения к собственному телу (16%) характеризует: отсутствие дифференцированного представления о собственном теле, и четких границы понимания собственного тела, нет четкого осознания индивидуальных особенностей собственного тела. Подростки в целом демонстрируют непринятие собственного тела,

используют отрицательные эмоции при описании собственного тела. Используют неадаптивные коррекционные приемы для скрывания физических особенностей тела.

Обобщая полученные результаты, можно сформулировать следующие выводы:

1. В данной выборке респонденты продемонстрировали высокий уровень когнитивного компонента (48%), что свидетельствует о высокой степени дифференцированности представления о собственном теле подростками. Более подробно, четко, развернуто описаны туловище, позвоночник, руки, ноги. Эти данные могут отражать ситуацию, в которой находятся подростки в школе-интернате: постоянный контроль за состоянием собственной осанки, выполнение ортопедического режима, предписанная медиками смена динамических поз во время учебных и вне учебных занятий, ежедневное выполнение лечебной физкультуры. Подростки постоянно находятся в ситуации контроля за состоянием своего опорно-двигательного аппарата. Этому же способствуют и проводимые раз в четверть в присутствии школьников и их родителей внутришкольные ПМПК, где обсуждаются, прежде всего, вопросы динамики здоровья.

2. Наиболее низкие результаты в проведенном исследовании были получены при изучении эмоционального компонента принятия собственного тела подростками. К низкому уровню можно отнести 15 человек (60%). Анализ оценивания данных внешнего облика подростками оказал, что наиболее негативно относятся к таким характеристикам, как: телосложение и выразительности своего поведения (походка, осанка, мимика). Мы увидели наибольшее расхождение между высокой значимостью характеристики «фигура», «спина», «ноги», «руки» и низкой степенью ее удовлетворенности.

3. Высокий уровень проявления поведенческого компонента показали 5 человек (20%). Это подростки, которые используют адаптивные приемы для скрывания физических особенностей своего тела. Средний уровень проявления поведенческого компонента показали также 5 человек (20%). С

низким уровнем поведенческого компонента принятия собственного тела выявлено 15 респондентов (60%). Эти данные свидетельствуют о том, что подростки на уровне поведения и действий не умеют принимать особенности своего тела и осуществлять его коррекцию адекватными приемами и способами.

4. Большинство подростков с ОВЗ демонстрируют средний (76%) и низкий (16 %) уровни принятия собственного тела.

В связи с вышесказанным, мы делаем вывод об актуальности изучаемой проблемы и необходимости консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела подросткам.

2.2. Построение модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела и ее апробация

Исходя из данных теоретического анализа и проведенного эмпирического исследования нами разработана структурно-функциональная модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Структурно-функциональная модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела имеет в своем составе четыре компонента:

1. Предметно-пространственно-временной.
2. Субъектно-личностный.
3. Ценностно-проблемный.
4. Технологический.

Выявленные компоненты структурно-функциональной модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ представлены в их тесной взаимосвязи, они взаимно дополняют друг друга.

Остановимся на каждом из обозначенных выше компонентов структурно-функциональной модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ.

Предметно-пространственно-временной компонент предполагает учет при осуществлении психологического консультирования прежде всего особенностей заболевания опорно-двигательного аппарата подростков и медицинских предписаний. При расстановке мебели и игрового оборудования психологического кабинета стоит учесть недостаточную координированность и устойчивость таких детей. Должно быть достаточно места, чтобы ребенок, который не может передвигаться без использования вспомогательных устройств или передвигается с ортопедическими средствами (палочками, тростями), пользующейся коляской мог свободно зайти или заехать, развернуться и комфортно расположиться в пространстве кабинета. Кабинет должен быть наполнен специальными предметами. Так, если подростку показан ортопедический режим в положении стоя, то и психологическую консультацию можно осуществлять за специальными конторками. И клиент, и консультант располагаются за ними. Если подросток соблюдает режим разгрузки позвоночника (то есть в положении лежа), то процесс консультирования можно организовать лежа на ковре, используя специальные клиновидные подставки под грудь. И клиент, и консультант занимают положение лежа, напротив друг друга.

Особую категорию представляют подростки с детским церебральным параличом. При данном заболевании нарушается тонус мышц: он высокий (тогда мышцы спазмированы), либо расслабленный (гипотонус). Часто при ДЦП наблюдается дрожание конечностей, трудность удержания позы. Это приводит к трудностям в осуществлении деятельности письма, рисования. Поэтому необходимо иметь специальные приспособления для фиксации ручек, карандашей, планшетов с рисунками.

Необходимо обращать внимание на временные требования к проведению консультаций. С учетом возраста время проведения возможно

45-60 минут, но обязательно учитывать психо-физиологическое состояние клиента, а также предписания. Например, необходимость проводить смену динамических поз каждые 15 минут.

Субъектно-личностный компонент отражается в расширении границ профессиональных знаний консультанта. Необходимо знание особенностей не только подросткового возраста, но и специфики детей с ОВЗ, механизмов влияния любого хронического соматического заболевания на психику, какие при этом могут возникать изменения в ценностно-смысловой, личностной, эмоциональной, познавательной сферах личности подростка. Консультанту необходимо иметь также представление о трех степенях тяжести дефекта: легкой (дети могут свободно передвигаться), средней (при передвижениях и самообслуживании нуждаются в помощи), тяжелой (дети целиком зависят от окружающих, от сопровождения тьютора). Консультант также должен понимать специфику школы-интерната как образовательного учреждения, в котором подростки проводят пятидневную неделю, имея возможность общаться с семьей и близкими только на выходных и каникулярных днях.

Основными принципами построения отношений с подростками с ОВЗ являются:

- 1) признание ценности человека независимо от его возможностей и достижений;
- 2) принцип равенства прав и возможностей (признание потребности, прав и необходимости оказания психологической поддержки для каждого ребенка);
- 3) создания благоприятной социальной ситуации развития и образования для каждого ребенка с ОВЗ и ребенка-инвалида в соответствии с его возрастными и индивидуальными особенностями, особыми образовательными потребностями;
- 4) связи (постоянный контроль, рефлексивный анализ за деятельностью субъектов на основе обратной связи с целью принятия соответствующих корректировочных и предупреждающих решений);

5) единоначалия и коллегиальности в выработке решений – консультант несет ответственность за принимаемые решения, при этом учитывая мнения коллег-специалистов по различным вопросам социализации подростков с ОВЗ, участвуя во внутришкольных медико-психолого-педагогических консилиумах.

Ценностно-проблемный компонент отражает подходы к решению обозначенных выше проблем в принятии собственного тела подростками с ОВЗ при рассмотрении ребенка как базовой психолого-педагогической ценности.

Мы считаем, проблема принятия собственного тела подростками с ОВЗ, оказание эмоциональной поддержки, как правило, более эффективна в гомогенных группах подростков (имеющих сходный дефект), тогда как, например, повышение уровня социальной адаптации более эффективно в гетерогенных группах.

Для нас важными являются выделенные учеными Т. Гершик и А. Миллер [13,125] стратегии личностного реагирования на телесный дефект: переосмысление, уверенность и отказ.

Переосмысление предполагает осознание подростком невозможности соответствовать идеальному образу тела и создание индивидуальной интерпретации своих телесных характеристик. Подросток выбирает из культурного идеала тела только те характеристики, которые соответствуют его актуальным возможностям, и тем самым создает личный идеальный конструкт, рассматривая его как один из возможных вариантов доминирующего идеального типа. Таким образом, на когнитивном уровне важно осуществлять просвещение подростка, на эмоциональном уровне – формировать позитивное отношение к собственному телу, на поведенческом – использовать адаптивные приемы для скрытия физических особенностей собственного тела.

Стратегия «уверенность» заключается в слепом следовании культурному образцу телесности без учета своих реальных возможностей,

что может приводить у подростка к серьезным внутри личностным конфликтам, поскольку невозможно на практике реализовать телесные стандарты, на которые ориентируются здоровые люди.

Отказ от следования культурному образцу телесности выражается в обесценивании подростком тех телесных характеристик, которые считают ценными и важными здоровые дети, или даже в отрицании ценности тела в межличностных отношениях, в конструировании собственной идентичности: «важен человек, а не какое у него тело», что приводит к ограничению круга общения, сужению социальных контактов.

Мы считаем, что обозначенные последние две стратегии неэффективными для личностного развития подростка, но их необходимо учитывать при психологическом консультировании. Консультирование возможно осуществлять как индивидуально, так и в группе.

Технологический компонент представлен техниками, приемами и методами консультирования и коммуникации. Каждый случай консультирования подростков, безусловно, имеет свои особенности, но тем не менее сам процесс осуществляется в соответствии с общепринятой пятишаговой схемой:

- установление контакта с подростком;
- запрос подростка: описание трудностей и желаемых изменений в себе, конкретных людях, ситуации;
- диагностическая беседа: поиск причин трудностей;
- интерпретация: консультант высказывает гипотезу о возможных причинах трудностей подростка;
- реориентация: совместная выработка конструктивного подхода к трудностям.

Консультант устанавливает контакт, «присоединяясь» к подростку с помощью вербальных и невербальных средств (голос, жесты, поза, слова). Техники активного слушания – ключевые техники консультирования по данной проблеме подростков, позволяющие детально разобраться в

причинах возникающих противоречий. Из данных техник, в большей степени, применимы такие, как поддержка, уточнение, прояснение, эхотехники, перефразирование, обобщение, резюмирование.

Индивидуальное консультирование подростков, как считает О.В. Хухлаева, в основном проводится в форме разговорной терапии. При этом особое значение приобретают такие аспекты взаимоотношений между подростком и консультантом, как полное принятие подростка таким, какой он есть, умение консультанта проявлять эмпатию, и в то же время быть самим собой. Подросток очень точно чувствует любую фальшь в поведении взрослых, поэтому только абсолютная естественность консультанта поможет установить контакт [62].

На этапе диагностической беседы можно использовать проективные методики «Несуществующее животное», «Автопортрет», «Дом – дерево – человек», «Человек под дождем» (Е. Романовой и Т. Сытько), «Рисунок человека» (К. Маховера). С целью уточнения представления о границах физического «Я» подростка – тест геометрические фигуры (А.Ш. Тхостова, Д.А. Бескова).

Для уточнения представленности определенных компонентов отношения подростка к собственному телу возможны методики: «Изучение искажения образа физического «Я»» (Е.Т. Соколова), опросник телесной осознанности (П.Шилдс, С. Мэлори, А. Саймон), опросник «Образ собственного тела» (А. Скугаревский, С. Сивуха).

Этап интерпретации один из самых трудных, он требует от консультанта умения передать свой взгляд на причину проблемы (гипотезу) так, чтобы подросток сумел понять и принять его. Наиболее эффективным и безопасным является не прямой разговор о гипотезе, а косвенный – методом «анализа чужих проблем». Консультант говорит, что похожие трудности испытывают многие подростки. Затем предлагает подростку заранее подобранные отрывки из протоколов бесед с другими клиентами, просит сначала сформулировать их – «чужие» – проблемы, а

затем подумать – может быть, они похожи на его собственные. Косвенное предъявление проблемы позволяет консультанту опереться на активность самого подростка, а подростку – сформулировать проблему на своем языке и самому решить, насколько он желает в нее углубляться.

Этап реориентации – это, прежде всего, не поиск способов избавиться от проблемы, а ее перевод в конструктивное русло, открытие в ней возможностей для развития. Иногда полезно перевести проблему «из пассива в актив», т. е. создать условия, в которых подросток помогает сверстникам, имеющим аналогичные проблемы. На этом этапе можно использовать следующие психологические техники: техника «Мое тело – мое любимое дитя», техника «План любви к телу», техника для психологической проработки болезней «Письмо моей болезни», техника «Волшебное дыхание», результатом которых могут стать как самопознание и принятие своего тела, так и освобождение от внутренних конфликтов, препятствующих психологическому комфорту и личностному росту человека.

Индивидуальное консультирование с подростком состоит из взаимообуславливающих и взаимодополняющих упражнений из различных психотерапевтических систем, но мы вслед за Б.Д. Карвасарским выделяем ряд основополагающих [19,225]:

- 1) обучение отдельным психологическим понятиям, необходимым для успешной социализации (образ Я, физическое тело);
- 2) блок «разминок» и психогимнастических упражнений, направленный на снятие эмоциональных зажимов, свободное проявление эмоций, спонтанное поведение;
- 3) установление различного по степени сложности вида коммуникаций на эмоциональном, поведенческом и когнитивном уровне с использованием игровых методов;

4) распознавание, анализ, моделирование эмоциональных состояний в разных ролевых ситуациях с использованием технических и дидактических средств;

5) обучение обратной связи через вербальные и невербальные упражнения;

6) проигрывание разнообразных ролевых ситуаций для обучения адекватному поведению в конфликтных обстоятельствах во многих сферах социальной жизни;

7) домашние задания на закрепление полученных навыков для переноса в микросреду.

В групповом консультировании можно использовать: игровые методы, метод группового обсуждения, ролевые игры, работа в парах и тройках, арт-терапию в различных её видах (рисуночная терапия, музыкотерапия, творческое рассказывание, сказкотерапию, метод аутогенной тренировки, психогимнастику.

Технологическими приемами работы с подростками являются следующие: использование на протяжении всего курса положительного подкрепления и выявление позитивных сторон личности подростка; работа с подростком в ролевой позиции «взрослый – взрослый»; вступление в контакт с подростками через свойственные им способы общения – речь, мимику, жесты; эталонное поведение (умение воспроизводить любые упражнения и игры, быть образцом мужского и женского поведения в группе в зависимости от своего пола); обобщение происходящего на консультации; поиск и предоставление информации для работы с проблемной ситуацией; использование подсказки, различных приемов и игровых средств для стимуляции спонтанной активности.

Таким образом, данные психологические техники и приемы направлены на:

1) расширение представления у подростка о собственном теле,

2) формирование эмоционально-положительного отношения к собственному телу,

3) формирование адаптивных приемов для скрытия физических особенностей тела,

и могут способствовать развитию интереса подростка к себе, формированию стремления понимать изменения, связанные с ростом и половым созреванием, развитию и укреплению чувства взрослости, поиск адекватных форм утверждения самостоятельности, автономии; развитию чувства собственного достоинства.

Для проведения формирующего эксперимента в качестве экспериментальной группы были выбраны 5 человек с низким и средним уровнем принятия собственного тела.

В нашем исследовании мы видим формирующую работу как индивидуальное и групповое психологическое консультирование в соответствии с разработанной структурно-функциональной моделью консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела. Схема консультативной сессии состояла для каждого подростка из двух групповых встреч (первая и заключительная) и трех индивидуальных.

Первая встреча:

Цель – установление контакта, прояснение отношения клиентов к проблеме принятия собственного тела, формирование цели консультирования.

Техники и приемы:

1. Дискуссия «О мечте» (материалы в приложении Г).
2. Пластилинотерапия «Мое любимое тело».
3. Домашнее задание: просмотр фильма «Через тернии к звездам», режиссер Павел Родионов.

Вторая встреча:

Цель – выявление и оценка эффективности представления об образе

своего тела, расширение представления у подростка о собственном теле, отреагирование связанных с обсуждением проблемы эмоций и чувств.

Третья встреча:

Цель – выявление эмоционального отношения к собственному телу, ограничений и коррекция отношения к ним. Акцентировать внимание подростка на том, что в некоторых случаях он сам создает иллюзию негативной гипероценки и ограничений в восприятии собственного тела.

Четвертая встреча:

Цель – формирование адаптивных приемов для скрытия физических особенностей тела, демонстрация и обсуждение культурных образцов поведения.

Пятая встреча:

Цель – завершение контакта, получение обратной связи, формирование дальнейшей стратегии отношения клиента к проблеме принятия собственного тела, а также создание позитивного эмоционального настроя.

Техники и приемы:

1. «Подарок».
2. «Я и мое тело» методика «Дерево решений».
3. «Волшебный клубочек».

Ниже мы приводим фрагменты проведенных консультативных сессий.

Случай 1, Миша Т., 15 лет.

Медицинский диагноз: сколиоз 4 степени, прооперирован, поставлена ортопедическая конструкция. Низкий уровень отношения к принятию собственного тела. Низкий уровень активности, самочувствия. Сниженный фон настроения. Испытуемый склонен к самообвинениям, нерешительности, неуверенности в себе. Испытывает потребность в постоянной опеке со стороны взрослого.

С учетом требований ортопедического режима консультации проходят лежа для клиента и консультанта с опорой на клиновидную

подставку.

На первой встрече в групповой дискуссии занял позицию отстранения. Хотя обсуждение ситуации жизни сверстника его затронуло, он задавал уточняющие вопросы, был удивлен, что А. Бугаев учился в соседней гимназии, живет совсем рядом и является практически его сверстником.

На второй индивидуальной встрече, при обсуждении с клиентом сложившейся ситуации, было определено, что подросток переживает по поводу сделанной операции. Говорит, что его ожидания не оправдались, не верит в перспективы коррекции («другим это помогло, а мне нет»). Главной трудностью считает запрет на занятия спортом – «нельзя кататься на роликах», «нельзя заниматься скейтбордом».

Был определен способ уклонения от ответственности, выражающийся в защитном механизме – отрицание «Мне ничего не надо, ... ничего не интересно». В основе такого поведения лежит страх неудач, о чем клиент сам неоднократно заявляет «Зачем, если все равно не получится? ... Только лишний раз расстраиваться».

С целью уточнения представления о границах физического «Я» подростка использовался тест геометрические фигуры (А. Ш. Тхостова, Д. А. Бескова), анализ результатов которого подтверждает, что телесная граница неустойчива, разомкнутость линий свидетельствует об отсутствии целостности телесной границы, наличие углов отражает стратегию построения контакта с миром – активность до агрессивного поведения. формирование позитивного отношения к собственному телу.

На третьей встрече использовалась техника для психологической проработки болезней «Письмо моей болезни», позволяющая выявить негативные эмоции и их проработать, что способствовало активизации у него собственных сил и ресурсов.

На заключительной групповой встрече подросток активен, именно его предложения рассматривались подростками как жизненные перспективы в обсуждении по методике «Дерево решений».

Случай 2, Наташа Т., 14 лет.

Медицинский диагноз: сколиоз 3 степени, выраженная хромота. С учетом требований ортопедического режима консультация проходит стоя для клиента и консультанта за специальными конторками.

Низкий уровень отношения к принятию собственного тела.

На второй индивидуальной встрече, было определено, что главной трудностью для нее является выступать перед классом у доски.

С целью уточнения содержания трудных для девочки ситуаций, а также выявления доминирующего эмоционального состояния, был использован метод «Неоконченных предложений».

Подростку предлагалось закончить следующие предложения:

1. На уроках я чаще всего чувствую ...
2. В общении с врачами в школе, я чаще всего чувствую ...
3. Выполняя поручение воспитателя, чаще всего я чувствую ...
4. В разговоре с одноклассниками, чаще всего я чувствую ...
5. Выполняя задания на занятиях по самоподготовки, я чаще всего чувствую ...
6. В условиях ортопедического режима, я чувствую ...
7. Когда я вижу учителя, то чаще всего чувствую ...
8. Оказывая помощь младшим, чаще всего я чувствую ...
9. Когда я отвечаю у доски, то чаще всего чувствую ...
10. Думая о своей внешности, чаще всего я чувствую ...
11. Когда на меня смотрят другие люди, чаще всего я чувствую ...
12. Когда у нас контрольная, то я чаще всего чувствую ...
13. Участвуя в субботнике, чаще всего я чувствую ...
14. Когда я получаю двойку, то чаще всего чувствую ...
15. На занятиях ЛФК я чаще всего чувствую ...

Анализ содержания ответов подростка показал, что причиной трудной ситуации – выступать перед классом – является непринятие собственного тела. Девочка сетует на то, что не сможет заниматься танцами.

На пятой встрече подросток демонстрирует яркую заинтересованность проблемой формирования адаптивных приемов для скрытия физических особенностей тела подручными средствами. На этой встрече по инициативе девочки родилась идея создания танцевального клуба для подростков. Впоследствии Наташа и ее сподвижницы разработали проект танцевального клуба «Галатея», который был реализован с учетом предписаний медиков.

На встрече наблюдается решительность, позитивный эмоциональный настрой, уверенность в себе.

В целом, мы можем говорить об успешности проведенных консультативных сессий в соответствии с разработанной структурно-функциональной моделью консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Анализ динамики произошедших изменений мы представляем в следующем параграфе.

2.3. Анализ результатов опытно-экспериментальной работы

После проведения формирующего эксперимента нами был сделан повторный срез, направленный на анализ динамики в решении проблемы принятия собственного тела подростками с ОВЗ. В работе были использованы методики, аналогичные первому срезу.

Анализ результатов изучения когнитивного компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ

Когнитивная дифференцированность (сложность) образа физического «Я» в отношении к собственному телу у подростков с ОВЗ исследовалась с помощью методики В.Н. Куницыной самоописания внешности «Словесный автопортрет».

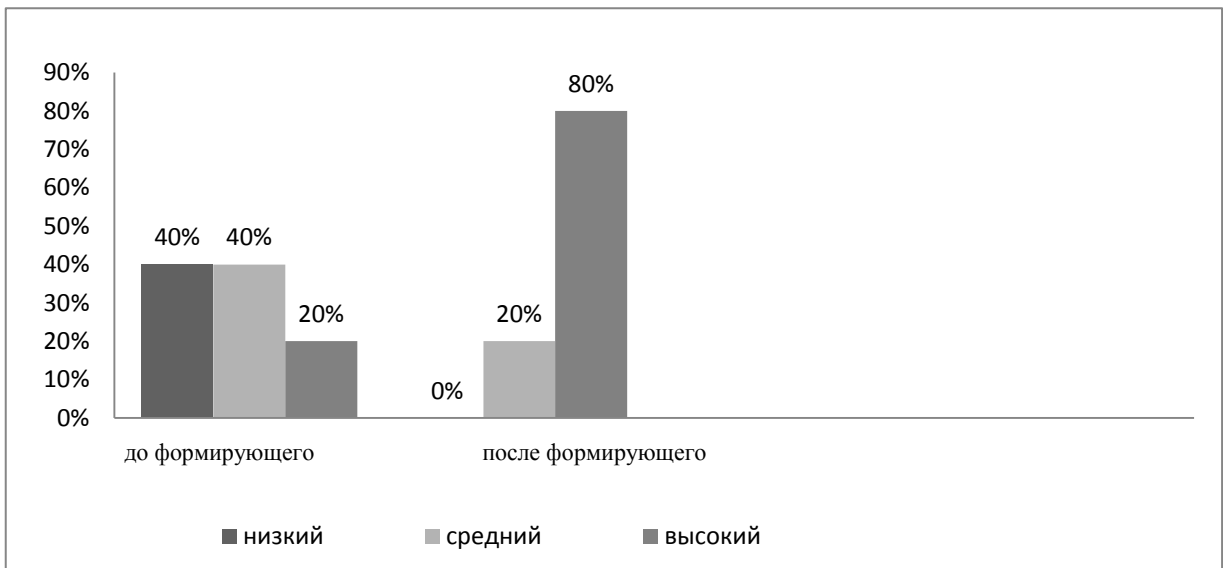


Рис. 5. Уровневая характеристика когнитивного компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ экспериментальной группы до и после проведения эксперимента (распределение в %)

На этапе констатирующего эксперимента в экспериментальной группе 2 подростка (40%) показали – низкий уровень проявления когнитивного компонента принятия собственного тела, 2 подростка (40%) – средний уровень, 1 респондент (20%) – высокий уровень поведенческого компонента. После проведения формирующего эксперимента с низким уровнем – нет подростков, 1 респондент (20%) демонстрирует средний уровень и 4 респондентов (80%) – высокий уровень когнитивного компонента принятия собственного тела.

Полученные данные по когнитивному компоненту свидетельствуют о том, что дифференцированность представления о собственном теле подростками стала более четкой, структурированной. На констатирующем этапе эксперимента подростки демонстрировали свои знания о собственном теле в контексте системы медицинских рекомендаций, то есть на уровне запретов и контроля, а не продуктивного понимания. На этапе формирующего эксперимента границы понимания собственного тела расширились, актуализировались, стали более конкретными и четкими.

Анализ результатов изучения эмоционального компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ

Для выявления значимости и удовлетворенности различными компонентами собственного тела использовалась методика «Исследование самоотношения к образу физического Я» А.Г. Черкашиной.

Для уточнения социально желательного содержания структурных компонентов физического Я образа использовалась методика «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика» В.А Лабунской, Е.В Белугиной.

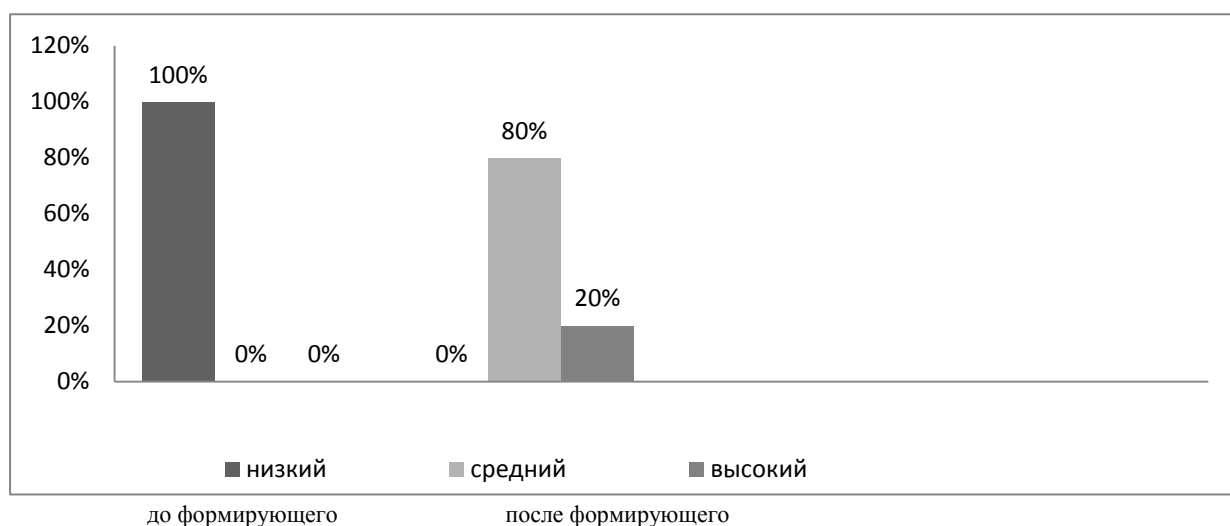


Рис.6. Уровневая характеристика эмоционального компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ экспериментальной группы до и после проведения эксперимента (распределение в %)

На этапе констатирующего эксперимента в экспериментальной группе все 5 подростков (100%) показали – низкий уровень проявления эмоционального компонента принятия собственного тела. После проведения формирующего эксперимента с низким уровнем – нет подростков, 4 респондентов (80%) демонстрируют средний уровень и 1 респондент (20%) – высокий уровень эмоционального компонента принятия собственного тела.

На этапе констатирующего эксперимента подростки в данной выборке демонстрировали наиболее низкие результаты при изучении эмоционального

компонента принятия собственного тела. Но именно по этому компоненту произошли существенные изменения. Мы увидели снижение расхождения между высокой значимостью характеристики «фигура», «спина», «ноги», «руки» и низкой степенью ее удовлетворенности. В описании собственной внешности стали появляться такие сравнения как – привлекательный, красивый, уникальный, симпатичный. Подростки в целом демонстрируют принятие собственного тела, используют больше положительных эмоций при описании собственного тела. Мы считаем, что в большей степени консультирование показало эффективную помощь в изучаемой проблеме по данному компоненту.

Анализ результатов изучения поведенческого компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ

Для изучения поведенческого компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ использовался опросник «Адаптационно-компенсаторные стратегии по преобразованию внешности» А.А. Гавриленко.

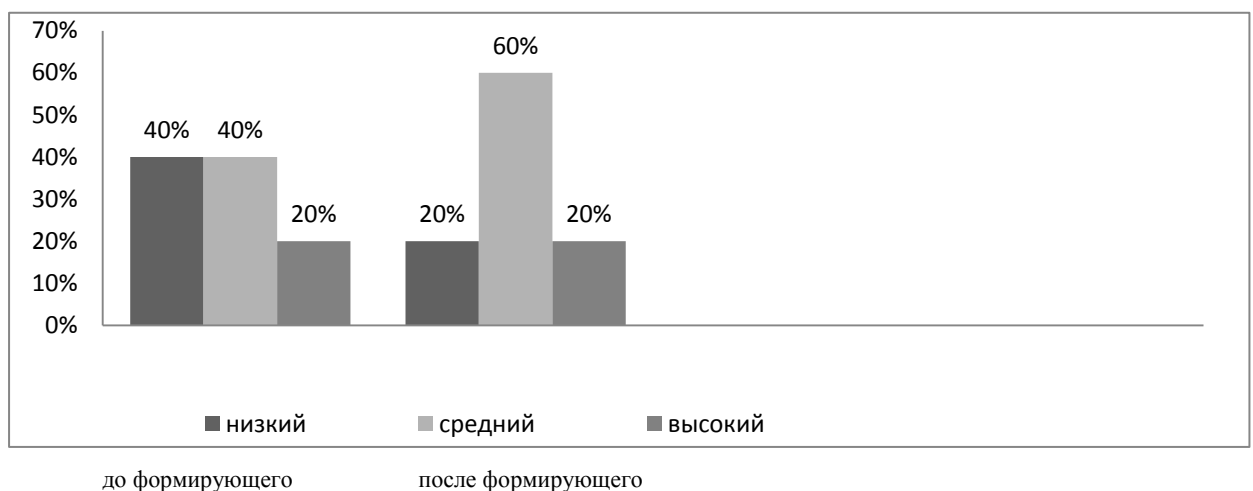


Рис. 7. Уровневая характеристика поведенческого компонента отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ экспериментальной группы до и после проведения эксперимента (распределение в %)

На этапе констатирующего эксперимента в экспериментальной группе 2 подростков (40%) показали низкий уровень проявления поведенческого компонента, 2 подростков (40%) – средний уровень, 1 респондент (20%) – высокий уровень поведенческого компонента. После проведения формирующего эксперимента с низким уровнем – остался 1 подросток (20%), 3 респондента (60%) демонстрируют средний уровень и 1 респондент (20%) – высокий уровень поведенческого компонента принятия собственного тела. Динамика произошла за счет понимания подростками продуктивных стратегий и адаптивных приемов для скрытия физических особенностей своего тела, что свидетельствует о том, что подростки на уровне поведения и действий лучше стали принимать особенности своего тела и осуществлять его коррекцию адекватными приемами и способами.

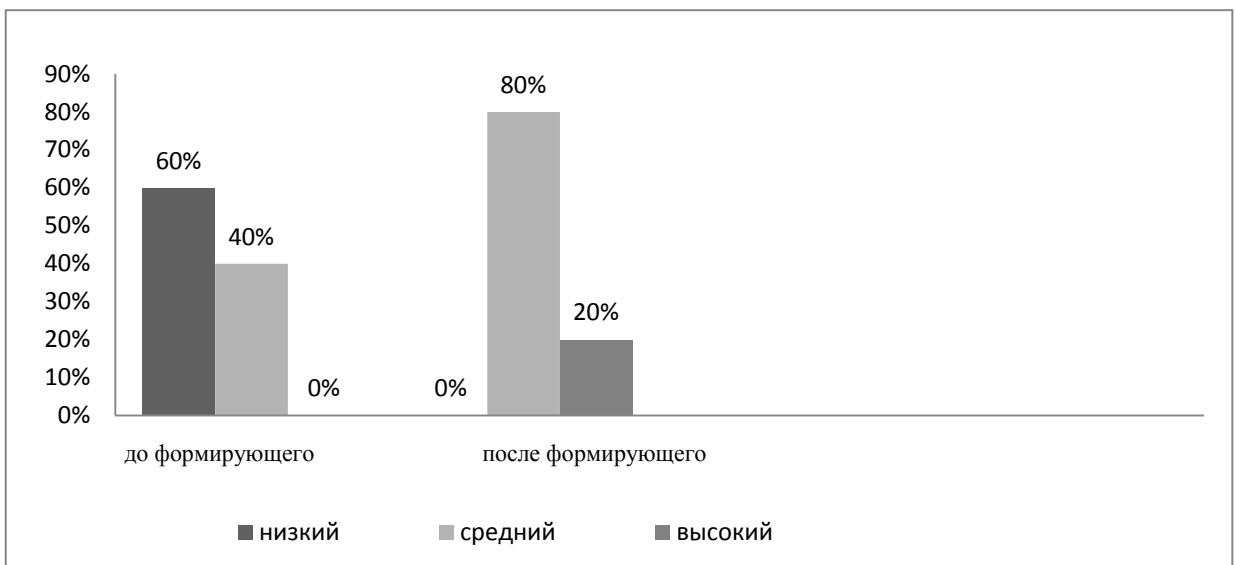


Рис. 8. Уровневая характеристика отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента (распределение в %)

В целом, на этапе констатирующего эксперимента 3 подростка (60%) экспериментальной группы демонстрировали низкий уровень и 2 подростка (40%) – средний уровень принятия собственного тела. После проведения формирующего эксперимента с низким уровнем – подростков нет, 4

респондента (80%) демонстрируют средний уровень и 1 респондент (20%) – высокий уровень принятия собственного тела. В большой степени такие изменения произошли за счет позитивной динамики в эмоциональном принятии собственного тела и когнитивном компоненте, за счет уточнения представлений об особенностях собственного тела.

Отметим, что в результате сравнения динамики полученных данных экспериментальной группы и статистической проверки различий до и после проведения формирующего эксперимента с помощью Т-критерия Вилкоксона (различия значимы при $p=0,05$), можно считать предложенную нами схему консультирования в рамках разработанной структурно-функциональной модели эффективным средством психологической помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела. Консультативные сессии дали результат, подтверждением чего является обозначенная динамика.

Опираясь на полученные результаты, мы пришли к выводу, что предложенная нами схема консультирования в рамках разработанной структурно-функциональной модели эффективным средством психологической помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Выводы по Главе II:

1. В результате проведения констатирующего исследования на основе выделенных нами критериев и уровней отношения к собственному телу у подростков с ОВЗ, можно обозначить три группы подростков.

2. Группу подростков с высоким уровнем отношения к собственному телу характеризует: дифференцированное представление о собственном теле, имеются четкие границы понимания собственного тела, осознание индивидуальных особенностей собственного тела. Подростки в целом демонстрируют принятие собственного тела, используют положительные эмоции при описании собственного тела. Используют адаптивные коррекционные приемы для скрывания физических особенностей тела.

3. Для группы подростков со средним уровнем отношения к собственному телу характерно: частично дифференцированное представление о собственном теле, границы тела частично размыты. Частичное осознание индивидуальных особенности собственного тела. Присутствует неудовлетворенность отдельными частями собственного тела, демонстрация непринятия отдельных частей собственного тела, присутствие отрицательных эмоций при описании собственного тела. Используют неадаптивные и адаптивные коррекционные приемы для скрывания физических особенностей тела ситуативно.

4. Группу подростков с низким уровнем отношения к собственному телу характеризует: отсутствие дифференцированного представления о собственном теле, и четких границы понимания собственного тела, нет четкого осознания индивидуальных особенностей собственного тела. Подростки в целом демонстрируют непринятие собственного тела, используют отрицательные эмоции при описании собственного тела. Используют неадаптивные коррекционные приемы для скрывания физических особенностей тела.

5. Разработана структурно-функциональная модель консультативной

помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела, имеющая в своем составе четыре компонента: предметно-пространственно-временной, субъектно-личностный, ценностно-проблемный, технологический.

6. Применение на практике техник, приемов и методик, рекомендованных нами, показало их эффективность в рамках работы по обозначенной проблеме.

7. Анализ результатов формирующего эксперимента показал, что у участников экспериментальной группы произошли следующие изменения: с низким уровнем – подростков нет, 80% подростков демонстрируют средний уровень и 20% – высокий уровень принятия собственного тела. Данные свидетельствуют о снижении низкого уровня до 0, повышение среднего и высокого уровней на 20%.

8. Статистическая проверка различий в принятии своего тела у подростков до и после эксперимента показала, что они являются значимыми на уровне $p=0,05$, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Опираясь на полученные результаты, мы пришли к выводу, что предложенная нами модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ является эффективным средством психологической помощи по проблеме принятия собственного тела.

Заключение

Тело и телесность являются важными объектами исследования современной психологии, но нет целостного подхода к их изучению и пониманию. Образ тела – сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с телесной внешностью и с функциями тела (Е.Т. Соколова); это динамическая структура, которая меняется с возрастом и в процессе социализации.

Особенностью подросткового возраста является появление устойчивости самооценки и образа «Я». Важным содержанием самосознания подростка является представление о своем телесном облике, сравнение и оценка себя с точки зрения эталонов красоты, и других людей, прежде всего сверстников. Проблема несоответствия телесного «Я» и идеального, желаемого особенно остро переживается в подростковом возрасте, что может стать причиной снижения у подростков самооценки и самоуважения, вплоть до полного неприятия себя, формирования устойчивого чувства неполноценности.

Проблема отношения к своему телесному расстройству или телесному дефекту у детей с ОВЗ и детей-инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата является особо актуальной.

Для проведения эмпирического исследования нами был подобран диагностический комплекс, позволяющий изучить различные компоненты отношения к телу у подростков.

Наиболее низкие результаты в проведенном исследовании были получены при изучении эмоционального компонента принятия собственного тела подростками. Большинство подростков с ОВЗ демонстрируют средний и низкий уровни принятия собственного тела. В силу актуальности и практической значимости проблемы обозначена необходимость выявления и научного обоснования подходов оказания консультативной помощи подростком с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Разработана структурно-функциональная модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела имеющая в своем составе четыре компонента:

1. Предметно-пространственно-временной.
2. Субъектно-личностный.
3. Ценностно-проблемный.
4. Технологический.

Выявленные компоненты структурно-функциональной модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ представлены в их тесной взаимосвязи, они взаимно дополняют друг друга.

Реализация формирующего эксперимента и анализ динамики изменений в экспериментальной группе показали, что разработанная модель консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела является эффективной.

Анализ работы позволяет оценить ее теоретическую и практическую значимость.

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования, станут основой для более углубленного понимания личности подростка с ОВЗ, и изучения возможностей в консультировании разработанной модели консультативной помощи подросткам с ОВЗ по проблеме принятия собственного тела.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе школьных педагогов и психологов, а также психологов центров психологической помощи детям с ОВЗ, в частности в разработке психологических программ профилактики возможных проблем с осознанием и принятием своего физического тела, и успешной дальнейшей социальной адаптации подростков с ОВЗ.

Данное исследование не исчерпывает весь круг проблем, связанных с проблемой принятия собственного тела подростками и открывает объектное

поле дальнейших исследований по проблемам выявления и теоретического обоснования подходов и техник оказания психологической помощи данной категории подростков с ОВЗ.

Список использованной литературы

1. Абрамова Г.С. Практикум по психологическому консультированию. Екатеринбург: Деловая книга. 1995. 368 с.
2. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М.: ВЛАДОС, 2003. 368 с
3. Алёшина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. Изд. 2-е. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 208 .
4. Алмазова С.Л. Теоретический анализ проблемы изучения образа тела как компонента «Я-концепции» личности // Психология телесности (2009): теоретические и практические исследования. Интернет-ресурс http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40807_full.shtml(дата обращения 10.05.17)
5. Атаханов Р. Психологическое воздействие и профессиональная установка педагога на эмпатийный способ взаимодействия // Психологическая наука и образование. 2007. №1. С. 93 – 102.
6. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М.: Прогресс, 1986. 307.
7. Божович Л.И. Психологические закономерности формирования личности в онтогенезе // Вопросы психологии. 1976. №6. С.45 – 53.
8. Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. М. 1990. 136 с.
9. Былкина Н.Д., Люсин Д.В. Развитие представлений детей об эмоциях в онтогенезе // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 38 – 47.
10. Вартанян В.М., Боев О.И. Эмпатия в клиентцентрированной психологической помощи // Материалы конференции «Сибирский психологический форум «Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность», Томск. 16-18 сентября 2004. С. 363 – 366.
11. Василюк Ф.Е. Семиотика и техника эмпатии // Вопросы психологии.

2007. №2. С. 3 – 14.
12. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учебное пособие. – 2е изд., перераб. и доп. М: Издательство «Ось-89». 2000. 224 с.
13. Гаврилова Т.П. Анализ эмпатийных переживаний младших школьников и младших подростков // Психология межличностного познания. М., 1981. С. 122 - 139.
14. Галабиева Л. И. Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной среде // Сборники конференции НИЦ Социосфера. 2014. № 3. С. 125-129.
15. Глэддинг С. Психологическое консультирование. М. «Питер». 2002. 528с.
16. Горностай П.П., Васьковская С.В. Теория и практика психологического консультирования. Киев: Наукова думка. 1995. 128 с.
17. Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследования «образа тела» в зарубежной психологии / Е.Т. Соколова, А.Н. Дорожевец // Вестник Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1985. № 4. С. 39-49.
18. Дуда И.В., Сафонова М.В. Особенности принятия собственного тела подростками с ОВЗ (на примере подростков с нарушением опорно-двигательного аппарата)// Сборник статей Международной научно-практической конференции «Методы и механизмы реализации компетентностного подхода в психологии и педагогике» (Омск, 15.11.2017 г.). В 2 ч. Ч.1/Уфа: Аэтерна, 2017. с. 102-105.
19. Дуда И.В., Чижакова Г.И. Формирование ценностных ориентаций обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в современной школе// Вестник КГПУ. Красноярск. 2017. № 3 (41) - С. 6-17.
20. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции. – СПб.: Издательство ППМИ, 2003. 186 с.
21. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Учебник. М. 2004. 553 с.
22. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М. 2002. 3 с.
23. Крайг Г. Психология развития. СПб. 2000. 992 с.

24. Куницына В.Н. К вопросу о формировании образа тела у подростка / Вопросы психологии. 1968. №1. С. 90-99.
25. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект. 2000. 240 с.
26. Куницына В.Н. Межличностное общение. СПб.: «Питер», 2001. 544 с.
27. Лабунская В.А. Внешний облик в структуре представлений о Враге и Друге на различных этапах жизненного пути / В.А. Лабунская // Психология человека в современном мире. М., 2009. Т. 1. С. 220 - 228.
28. Леонтьев А.Н.. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975 г. 304с.
29. Морозов В.П., Васильева А.Г. Невербальный слух и эмпатия // Труды института психологии РАИ. 1995. Сер 1. №2. С. 253 – 260.
30. Мухина Ю.Р. Характеристика толерантных отношений современных подростков к учителям // Вестник Башкирского университета. 2007. №3. С. 212 - 214.
31. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: Независимая фирма «Класс». 1994. 144 с.
32. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды (под ред. Бодалева А.А). М.: Модэк МПСИ. 2004. 158 с.
33. Нелипа Л.Н. Речевые акты эмпативного типа и их реализация в коммуникативном акте// Весник Костромского гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. 2008. Т.14. №1. С. 71 – 75.
34. Нельсон-Джоунс, Р. Теория и практика консультирования. СПб.: Питер. 2001. 464 с.
35. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику/ В.В. Николаева. М., 1987. 166 с.
36. Николаева В.В. От традиционной психосоматики к психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 1996. №2. С. 8-18.
37. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология. Учебник. М. Российское педагогическое агентство. 1996. 374 с.

- 38.Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. М.: Сфера. 2002. 510 с.
- 39.Пахальян В.Э. Психологическое консультирование: Учебное пособие. М. 1998. 256 с.
- 40.Пашукова Т.И. Эгоцентризм в подростковом и юношеском возрасте: причины и возможности коррекции. Учебн. пособие для студентов, школьных психологов и учителей. М.: Институт практической психологии. 1998. 160 с.
- 41.Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М. 1996. 336 с.
- 42.Петровская Л.А. Компетентность в общении: социально-психологический тренинг. М.: Издательство МГУ. 1989. 216с.
- 43.Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Ред. и сост. Райгородский Д.Я. Самара. 2001. С. 486 – 490.
- 44.Психологические программы развития личности в подростковом и старшем школьном возрасте/Под ред. И.В. Дубровиной. Екатеринбург: Деловая книга. 2000. 128 с.
- 45.Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития. Под редакцией члена-корреспондента РАО А.А. Реана СПб.: «Прайм – ЕВРОЗНАК». 2005. 416 с. (Серия «Психологическая энциклопедия»).
- 46.Психология: словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М. 1990. 463 с.
- 47.Психотерапевтическая энциклопедия/Под ред. Б. Д. Карвасарского. Санкт-Петербург: «Питер». 1998. 752 с.
- 48.Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. СПб.: Питер. 2000. 656 с.
- 49.Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб.пособие в 2 кн.: Система работы психолога с детьми разного возраста. М.: Гуманитарный центр Владос-Пресс кн 1. 2001. 384 с.
- 50.Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб.пособие в 2

- кн.: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. М.: Гуманитарный изд. центр Владос – кн 2. 1999. 80 с.
- 51.Роджерс К. Взгляд на психотерапию, становление личности. М.: Прогресс. 2001. 415 с.
- 52.Роджерс К. Консультирование и психотерапия. М. 2000. 464 с.
- 53.Роджерс К. Эмпатия // Психология эмоций. Тесты / Под.ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во МГУ. 1984. С. 235 – 237.
- 54.Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб: Издательство «Питер». 2000. 712 с.
- 55.Самоукина Н.В. Игры, в которые играют. Психологический практикум. г. Дубна. «Феникс+». 2000. 128 с.
- 56.Самоукина Н.В. Психология профессиональной деятельности. 2-е изд. СПб.: Питер. 2003. 224с.
- 57.Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. М.: Изд-во МГУ, 1989. 210 с.
- 58.Степанова М. А. Прошлое и настоящее психологии образования (по материалам журнала «Вопросы психологии») // Вопросы психологии. 2005. № 2. С. 34 - 37.
- 59.Стефаненко Н.А. Экзистенциальный выбор современного подростка / Н.А. Стефаненко // Ярославский педагогический вестник. Том II (Психолого-педагогические науки). 2010. №3. С. 30.
- 60.Тхостов А.Ш. Психология телесности /А.Ш. Тхостов. М.: Смысл, 2002. 287 с.
- 61.Фадеева К.-М.О. Телесная осознанность в структуре самосознания личности//Научный аспект №1. 2013. Самара: Изд-во ООО «Аспект», 2013 228 с.
- 62.Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: Издательский дом БАХРАХ-М. 2001. 128 с.
- 63.Фрейд А. Психология я и защитные механизмы. Я и ОНО в период полового созревания / А. Фрейд. М.: Магистр. 2009. 506 с.

64. Фрейд З. Тотем и табу / З. Фрейд. - Тбилиси: Мерани. 2011. 353 с.
65. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. М.: Академия, 2008. 208 с.
66. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Издательство «Питер». 2000. 608с.
67. Хэмбли Г. Телефонная помощь / Г. Хэмбли. Одесса. 1992.
68. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи: Книга для педагогов и родителей. М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС. 2003.
69. Цуркин В.А. Когнитивный компонент образа физического Я у лиц с разными типами привязанности к матери / В.А. Цуркин, Т.Н. Разуваева // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Гуманитарные науки. 2014. № 13. Выпуск 22. С. 369-381.
70. Черкашина А.Г. Особенности самоотношения к образу физического я в зависимости от реальности телесного самовосприятия / А.Г. Черкашина // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Психология». 2012. №1(11). С. 75-91.
71. Шелдон У. Анализ конституционных различий по биографическим данным // Психология индивидуальных различий. М., 1986. С. 248-262.
72. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. М.: Мысль, 2004. 352 с.
73. Юдина Е.В. Работа с экзистенциальными данностями в психологическом консультировании / Е.В. Юдина // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2010. №3. С. 30-36.
74. Язвинская Е.С. Экспериментальное исследование телесного образа я как интегральной составляющей телесности / Е.С. Язвинская // Психология телесности: теоретические и практические исследования. 2009. С. 24-27.
75. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. Т.С. Дробиной. М.: Независимая фирма «Класс». 2005. 576 с.
76. Marcel Mauss et les techniques du corps, Éd. du Portique, Strasbourg, 2006,

252 p.

77. Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, & Stewart A (2009). Body awareness: construct and self-report measures. PloS one, 4(5)e5614. doi:10.1371/journal.pone.0005614
78. Fadieieva K.M., Vlasova O.I., Additional education and features of body image in teen age.// The collection includes 2nd International Conference on the political, technological, economic and social processes» held by SCIEURO in London. Published in 2013. Printed by Berdfords Information Press Ltd., Stevenage, UK. 203 p.
79. Schilder P. Image and appearance of the human body. New York: International Universities Press, 1978.
80. Tiggemann M. State of body image research in clinical and social psychology // Journal of Social and Clinical Psychology. 2005. V. 24. pp. 1202 - 1210.
81. Yasmin Anwar Meditation beats dance for harmonizing body and mind//ScienceDaily, 2 Mar. 2011. Retrieved September 11, 2013, from <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/02/110224091621.htm>

**Методика «Исследование самоотношения к образу физического Я»
А.Г. Черкашиной**

Инструкция: Оцените компоненты вашей внешности по степени значимости для вас по 5-бальной шкале: 1-абсолютно не важно, 2-не важно, 3- средне-положительная оценка, 4-важно, 5-самая высокая оценка-очень важно.

Параметры исследования	оценка	Параметры исследования	оценка
АНАТОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ		Верхняя часть (до колена)	
1. лицо в целом		Нижняя часть (от колена)	
Волосы		Ступни	
Кожа (качество, цвет)		Длина ног	
Овал лица		4. Руки	
Форма лба		Верхняя часть (до локтя)	
Брови		Нижняя часть (от локтя)	
Глазной ареал		Запястье	
Нос		Кисть	
Губы		Пальцы	
Зубы		Ногти	
Подбородок		СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
Ушная раковина		5. Одежда	
Лицо в профиль		Сочетание цветовой гаммы с цветом кожи, глаз волос	
2. Фигура		Комфортность (удобство)	
Рост		Соответствие с пропорциями фигуры	
Вес		Соответствие социальной роли	
Гармония пропорций		Соответствие с модой	
Шея		Индивидуальность стиля	
Плечи		Соответствие возрасту	
Область декольте		6. Аксессуары	
Грудь		Обувь	
Галия		Сумки, зонты, платки	
Живот		Украшения	
Спина		Сочетаемость с одеждой	
Ягодицы		7. Косметика	
Бедра		Макияж	

Боковая контурная линия туловища (в фас)		Маникюр	
Передняя контурная линия туловища (в профиль)		Педикюр	
Задняя контурная линия спины и ягодиц (в профиль)		Духи	
3. Ноги		Прическа	
Форма ног			

Часть 2: «Исследование самоотношения к образу физического Я» А.Г. Черкашиной

Инструкция: Оцените компоненты вашей внешности по степени значимости для вас по 5-бальной шкале: 1-крайне негативная оценка (например: сильно не нравится), 2-отрицательная оценка, 3- средне-положительная оценка, 4-положительная оценка, 5-самая высокая позитивная оценка.

Параметры исследования	оценка	Параметры исследования	оценка
АНАТОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ		Верхняя часть (до колена)	
1. лицо в целом		Нижняя часть (от колена)	
Волосы		Ступни	
Кожа (качество, цвет)		Длина ног	
Овал лица		4. Руки	
Форма лба		Верхняя часть (до локтя)	
Брови		Нижняя часть (от локтя)	
Глазной ареал		Запястье	
Нос		Кисть	
Губы		Пальцы	
Зубы		Ногти	
Подбородок		СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
Ушная раковина		5. Одежда	
Лицо в профиль		Сочетание цветовой гаммы с цветом кожи, глаз волос	
2. Фигура		Комфортность (удобство)	
Рост		Соответствие с пропорциями фигуры	
Вес		Соответствие социальной роли	
Гармония пропорций		Соответствие с модой	

Шея		Индивидуальность стиля	
Плечи		Соответствие возрасту	
Область декольте		6. Аксессуары	
Грудь		Обувь	
Талия		Сумки, зонты, платки	
Живот		Украшения	
Спина		Сочетаемость с одеждой	
Ягодицы		7. Косметика	
Бедра		Макияж	
Боковая контурная линия туловища (в фас)		Маникюр	
Передняя контурная линия туловища (в профиль)		Педикюр	
Задняя контурная линия спины и ягодиц (в профиль)		Духи	
3. Ноги		Прическа	
Форма ног			

Опросник «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика» В.А. Лабунской, Е.В. Белугиной

Инструкция: Перед Вами анкета, в которую включены различные характеристики внешнего облика человека. Прочтите внимательно каждую пару характеристик и оцените их соответствие элементам вашего внешнего облика по 5-бальной системе: 1- крайне негативная оценка (например «некрасивое»), 2-отрицательная оценка, 3- средне-положительная оценка, 4- положительная оценка, 5- самая высокая позитивная оценка (например: «красивое»).

Я оцениваю свое лицо как...							
некрасивое							красивое
неизящное							изящное
невыразительное							выразительное
непривлекательное							привлекательное
заурядное							незаурядное
плохо сложенное							хорошо сложенное
нездоровое							здоровое
несексуальное							сексуальное
неухоженное							ухоженное
непривлекательное для мужчин							привлекательное для мужчин
Я оцениваю свое телосложение как...							
некрасивое							красивое
неизящное							изящное
невыразительное							выразительное
непривлекательное							привлекательное
заурядное							незаурядное
плохо сложенное							хорошо сложенное
нездоровое							здоровое
несексуальное							сексуальное
неухоженное							ухоженное
непривлекательное для мужчин							привлекательное для мужчин
Я оцениваю оформление мной внешнего облика (свою прическу, косметику, одежду, украшения) как...							

некрасивое							красивое
неизящное							изящное
невыразительное							выразительное
непривлекательное							привлекательное
заурядное							незаурядное
плохо сложенное							хорошо сложенное
нездоровое							здоровое
несексуальное							сексуальное
неухоженное							ухоженное
непривлекательное для мужчин							привлекательное для мужчин
Я оцениваю свое выразительное поведение (жесты, мимику походку, взгляд и т.д.) как...							
некрасивое							красивое
неизящное							изящное
невыразительное							выразительное
непривлекательное							привлекательное
заурядное							незаурядное
плохо сложенное							хорошо сложенное
нездоровое							здоровое
несексуальное							сексуальное
неухоженное							ухоженное
непривлекательное для мужчин							привлекательное для мужчин

Опросник «Адаптационно-компенсаторные стратегии по преобразованию внешности» А.А. Гавриленко

Инструкция: Внимательно прочитайте суждения предлагаемого теста. Отметьте, к каким способам вы бы прибегли в будущем или уже использовали для улучшения собственной внешности.

Суждение	Я бы хотела попробовать	Использовала однократно	Регулярно использую	Никогда не буду использовать
Коррекция формы своего тела с помощью занятий фитнесом (аэробика, тренажерный зал)				
Коррекция формы своего тела с помощью занятий йогой, пилатес, дыхательные упражнения				
Использование спа-процедур для изменения своей внешности				
Изменение собственной внешности с помощью пирсинга, татуировок				
Изменение собственной внешности с помощью пластической операции				
Совершение своей внешности с помощью имплантантов				
Использование пластической хирургии, чтобы стать более похожей на своего кумира				
Использование косметической хирургии для борьбы с возрастными изменениями внешности				
Коррекция формы своего тела с помощью диеты				
Коррекция своей внешности с помощью употребления легких препаратов (биодобавки, витамины, безрецептурные препараты)				
Изменение черт своего лица с помощью экспресс макияжа (около 10 мин в день)				
Изменение черт своего лица с помощью тщательного макияжа (около 1 часа в день)				

Изменение черт своего лица с помощью профессионального макияжа (около 1 часа в день)				
Изменение черт своего лица с помощью декоративного татуажа				
Коррекция формы или цвета зубов				
Изменение цвета глаз с помощью контактных линз				
Изменение формы прически				
Изменение цвета волос				
Изменение длины или густоты волос путем наращивания				
Использование маникюра с художественным оформлением ногтей				
Использование маникюра				
Использование педикюра				
Использование педикюра с художественным оформлением ногтей				
Использование украшений и аксессуаров для улучшения своей внешности				
Использование корректирующей одежды (например утягивающего белья) для коррекции своего тела				
Использование педикюра с художественным оформлением ногтей				
Ношение одежды ярких цветов				
Ношение одежды темных тонов				
Ношение одежды светлых тонов				
Изменение стиля одежды				
Ношение одежды, подчеркивающей сексуальность				
Соккрытие недостатков собственной внешности с помощью одежды				
Подчеркивание достоинств собственной внешности с помощью одежды				
Использование услуг стилиста-имиджмейкера для улучшения собственной внешности				

Таблица 1

**Индивидуальные результаты по методике «Исследование
самоотношения к образу физического Я»
А.Г. Черкашиной (часть 1)**

№	Имя испытуемого	Анатомические характеристики				Социальные характеристики		
		Лицо в целом	фигур а	ноги	руки	одежда	аксессуары	косметика
1	Стефания Б.	2,84	4,76	4,2	3,8	1,84	1,76	1,64
2	Анна Г.	2,4	4,84	4,0	3,6	2,4	1,8	1,78
3	Владимир Д.	2,6	3,96	4,2	3,8	1,86	1,76	1,98
4	София Д.	2,4	4,78	3,8	3,4	1,78	1,8	1,04
5	Мария Д.	2,84	4,76	4,2	3,8	1,84	1,76	1,64
6	Диана Е.	2,38	4,84	4,0	3,6	2,4	1,8	1,78
7	Елизавета З.	2,6	4,96	4,2	3,86	1,86	1,76	1,98
8	Светлана И.	2,4	3,78	3,8	3,4	1,78	1,8	1,04
9	Анна И.	2,4	4,78	3,8	3,4	1,78	1,8	1,04
10	Светлана К.	2,84	4,76	4,2	3,8	1,84	1,76	1,64
11	Иван К.	2,38	4,84	4,0	3,6	2,4	1,8	1,78
12	Вероника К.	2,6	4,96	4,2	3,86	1,86	1,76	1,98
13	Максим К.	2,4	4,96	4,4	3,6	1,84	1,8	1,48
14	Евгения К.	2,4	4,78	3,8	3,4	1,78	1,8	1,04
15	Анастасия Л.	2,4	4,78	3,8	3,4	1,78	1,8	1,04
16	Мария М.	2,84	4,76	4,2	3,8	1,84	1,76	1,64
17	Ксения М.	2,38	4,84	4,0	3,6	2,4	1,8	1,78
18	Ярослава П.	2,6	4,96	4,2	3,86	1,86	1,76	1,98
19	Арина С.	2,4	3,96	4,4	3,6	1,84	1,8	1,48
20	Полина Т.	2,4	4,84	4,0	3,6	2,4	1,8	1,78
21	Наташа Т.	2,2	4,96	4,2	3,8	1,86	1,76	1,98
22	Миша Т.	2,4	4,78	3,8	3,6	1,78	1,8	2,04
23	Евгения Ф.	2,4	4,78	3,8	3,4	1,78	1,8	1,04
24	Дима Х.	2,78	3,76	4,2	3,8	1,84	1,76	1,64
25	Александра Я.	2,38	4,84	4,0	3,6	2,4	1,8	1,78

Таблица 2

**Индивидуальные результаты по методике «Исследование
самоотношения к образу физического Я»
А.Г. Черкашиной (часть 2)**

№	Имя испытуемого	Анатомические характеристики				Социальные характеристики		
		Лицо в целом	фигур а	ноги	руки	одежда	аксессуары	косметика
1	Стефания Б.	1,84	2,84	2,8	2,76	2,2	0,98	1,44
2	Анна Г.	2,2	3,4	2,4	2,48	2,0	1,6	1,38
3	Владимир Д.	2,4	3,6	3,6	2,6	1,06	0,8	1,38
4	София Д.	2,4	2,4	2,4	2,4	1,78	1,8	1,04
5	Мария Д.	2,6	2,84	2,84	2,02	2,0	1,76	0,64
6	Диана Е.	2,0	3,6	3,3	2,38	2,4	1,8	1,78
7	Елизавета З.	2,6	2,6	2,6	2,6	1,86	1,66	2,98
8	Светлана И.	2,4	2,4	2,4	2,4	1,78	1,8	1,54
9	Анна И.	2,4	2,4	2,4	2,4	1,78	1,8	1,04
10	Светлана К.	2,84	2,6	2,84	2,8	1,84	1,76	1,44
11	Иван К.	2,38	2,38	2,38	2,4	2,4	1,8	1,78
12	Вероника К.	2,6	3,6	2,6	2,6	1,86	1,66	1,64
13	Максим К.	1,4	2,4	2,4	2,4	1,76	1,8	1,48
14	Евгения К.	1,4	2,8	2,4	2,6	1,78	1,66	1,04
15	Анастасия Л.	2,4	2,4	2,6	2,4	1,78	1,8	1,04
16	Мария М.	2,0	2,8	3,04	2,84	1,84	1,66	1,44
17	Ксения М.	2,4	2,6	2,38	2,4	2,4	1,8	1,78
18	Ярослава П.	2,6	3,6	2,6	2,6	1,86	1,76	1,98
19	Арина С.	2,4	3,2	2,4	3,4	1,84	1,8	1,48
20	Полина Т.	1,88	2,4	2,4	2,4	2,4	1,8	1,78
21	Наташа Т.	2,2	2,2	2,2	2,2	2,4	1,66	1,98
22	Миша Т.	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	1,8	1,98
23	Евгения Ф.	2,4	2,4	2,4	2,4	2,6	1,8	1,04
24	Дима Х.	1,98	2,78	2,78	3,78	2,0	1,76	1,76
25	Александра Я.	1,6	3,8	2,76	2,84	2,6	1,8	1,78

Таблица 3

**Индивидуальные результаты по методике «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика»
В.А. Лабунской, Е.В. Белугиной**

№	Имя испытуемого	Характеристики оценивания			
		Я оцениваю свое лицо как...	Я оцениваю свое телосложение как...	Я оцениваю оформление мной внешнего облика (свою прическу, косметику, одежду, украшения) как	Я оцениваю свое выразительное поведение (жесты, мимику, походку, взгляд и т.д.) как...
1	Стефания Б.	3,8	2,4	4,8	1,56
2	Анна Г.	4,6	2,4	4,6	2,48
3	Владимир Д.	4,44	1,6	4,44	2,6
4	София Д.	4,2	2,4	4,2	2,4
5	Мария Д.	3,78	2,02	4,78	2,02
6	Диана Е.	3,8	2,38	4,2	1,48
7	Елизавета З.	4,6	3,6	4,6	1,04
8	Светлана И.	4,44	2,4	4,6	1,04
9	Анна И.	4,2	2,4	4,44	1,44
10	Светлана К.	4,78	1,8	3,2	1,78
11	Иван К.	4,6	2,4	4,32	1,98
12	Вероника К.	4,44	1,6	4,8	1,48
13	Максим К.	3,0	2,4	4,6	1,78
14	Евгения К.	4,8	2,6	4,44	1,98
15	Анастасия Л.	4,6	2,4	4,2	1,98
16	Мария М.	3,2	2,4	3,78	1,04
17	Ксения М.	4,2	2,4	4,8	1,76
18	Ярослава П.	3,78	3,6	4,6	1,78
19	Арина С.	4,8	3,4	4,44	2,4
20	Полина Т.	4,6	2,4	4,2	2,4
21	Наташа Т.	3,4	2,2	4,78	2,2
22	Миша Т.	4,2	2,4	4,6	2,4
23	Евгения Ф.	4,78	2,4	4,44	2,4
24	Дима Х.	4,6	3,78	5,0	2,78
25	Александра Я.	4,44	2,84	3,78	2,84

**Индивидуальные работы испытуемых по методике
«Адаптационно-компенсаторные стратегии по преобразованию
внешности» А.А. Гавриленко**

Респондент с низким уровнем поведенческого компонента принятия
собственного тела

1051

Инструкция: Внимательно прочитайте суждения предлагаемого теста. Отметьте, к каким способам вы бы прибегли в будущем или уже использовали для улучшения собственной внешности. Спасибо.

Суждение	Я бы хотела попробовать	Использовала однократно	Регулярно использую	Никогда не буду использовать
Коррекция формы своего тела с помощью занятий фитнесом (аэробика, тренажерный зал)	+			
Коррекция формы своего тела с помощью занятий йогой, пилатесс, дыхательные упражнения	+			
Использование спа-процедур для изменения своей внешности	+			
Изменение собственной внешности с помощью пирсинга, татуировок			+	
Изменение собственной внешности с помощью пластической операции	+			
Совершение своей внешности с помощью имплантантов	+			
Использование пластической хирургии, чтобы стать более похожей на своего кумира	+			
Использование косметической хирургии для борьбы с возрастными изменениями внешности	+			
Коррекция формы своего тела с помощью диеты	+			
Коррекция своей внешности с помощью употребления легких препаратов (биодобавки, витамины, безрецептурные препараты)			+	
Изменение черт своего лица с помощью экспресс макияжа (около 10 мин в день)			+	
Изменение черт своего лица с помощью тщательного макияжа (около 1 часа в день)			+	
Изменение черт своего лица с помощью профессионального макияжа (около 1 часа в день)	+			
Изменение черт своего лица с помощью декоративного татуажа			+	
Коррекция формы или цвета зубов	+			
Изменение цвета глаз с помощью контактных линз	+			

051

Изменение формы прически				+
Изменение цвета волос				+
Изменение длины или густоты волос путем наращивания				+
Использование маникюра с художественным оформлением ногтей				+
Использование маникюра		+		
Использование педикюра		+		
Использование педикюра с художественным оформлением ногтей		+		
Использование украшений и аксессуаров для улучшения своей внешности				+
Использование корректирующей одежды (например утягивающего белья) для коррекции своего тела				+
Ношение одежды ярких цветов				+
Ношение одежды темных тонов	+			
Ношение одежды светлых тонов				+
Изменение стиля одежды				+
Ношение одежды, подчеркивающей сексуальность				+
Сокрытие недостатков собственной внешности с помощью одежды				+
Подчеркивание достоинств собственной внешности с помощью одежды				+
Использование услуг стилиста-имиджмейкера для улучшения собственной внешности				+

**Индивидуальные работы испытуемых по методике
«Адаптационно-компенсаторные стратегии по преобразованию
внешности» А.А. Гавриленко**

Респондент со средним уровнем поведенческого компонента принятия
собственного тела

W2

Инструкция: Внимательно прочитайте суждения предлагаемого теста. Отметьте, к каким способам вы бы прибегли в будущем или уже использовали для улучшения собственной внешности. Спасибо.

Суждение	Я бы хотела попробовать	Использовала однократно	Регулярно использую	Никогда не буду использовать
Коррекция формы своего тела с помощью занятий фитнесом (аэробика, тренажерный зал)	+			
Коррекция формы своего тела с помощью занятий йогой, пилатесс, дыхательные упражнения	+			
Использование спа-процедур для изменения своей внешности	+			
Изменение собственной внешности с помощью пирсинга, татуировок				+
Изменение собственной внешности с помощью пластической операции				+
Совершение своей внешности с помощью имплантантов				+
Использование пластической хирургии, чтобы стать более похожей на своего кумира				+
Использование косметической хирургии для борьбы с возрастными изменениями внешности				+
Коррекция формы своего тела с помощью диеты				+
Коррекция своей внешности с помощью употребления легких препаратов (биодобавки, витамины, безрецептурные препараты)				+
Изменение черт своего лица с помощью экспресс макияжа (около 10 мин в день)	+			
Изменение черт своего лица с помощью тщательного макияжа (около 1 часа в день)	+			
Изменение черт своего лица с помощью профессионального макияжа (около 1 часа в день)	+			
Изменение черт своего лица с помощью декоративного татуажа				+
Коррекция формы или цвета зубов				+
Изменение цвета глаз с помощью контактных линз				+

V2

Изменение формы прически	+			
Изменение цвета волос	+			
Изменение длины или густоты волос путем наращивания				+
Использование маникюра с художественным оформлением ногтей	+			
Использование маникюра	+			
Использование педикюра	+			
Использование педикюра с художественным оформлением ногтей	+			
Использование украшений и аксессуаров для улучшения своей внешности	+			
Использование корректирующей одежды (например утягивающего белья) для коррекции своего тела				+
Ношение одежды ярких цветов	+			
Ношение одежды темных тонов	+			
Ношение одежды светлых тонов	+			
Изменение стиля одежды				+
Ношение одежды, подчеркивающей сексуальность	+			
Скрытие недостатков собственной внешности с помощью одежды	+			
Подчеркивание достоинств собственной внешности с помощью одежды	+			
Использование услуг стилиста-имиджмейкера для улучшения собственной внешности				+

**Индивидуальные работы испытуемых по методике
«Адаптационно-компенсаторные стратегии по преобразованию
внешности» А.А. Гавриленко**

Респондент с высоким уровнем поведенческого компонента принятия
собственного тела

153

Инструкция: Внимательно прочитайте суждения предлагаемого теста. Отметьте, к каким способам вы бы прибегли в будущем или уже использовали для улучшения собственной внешности. Спасибо.

Суждение	Я бы хотела попробовать	Использовала однократно	Регулярно использую	Никогда не буду использовать
Коррекция формы своего тела с помощью занятий фитнесом (аэробика, тренажерный зал)			+	
Коррекция формы своего тела с помощью занятий йогой, пилатес, дыхательные упражнения			+	
Использование спа-процедур для изменения своей внешности	+			
Изменение собственной внешности с помощью пирсинга, татуировок				+
Изменение собственной внешности с помощью пластической операции				+
Совершение своей внешности с помощью имплантантов				+
Использование пластической хирургии, чтобы стать более похожей на своего кумира				+
Использование косметической хирургии для борьбы с возрастными изменениями внешности				+
Коррекция формы своего тела с помощью диеты				+
Коррекция своей внешности с помощью употребления легких препаратов (биодобавки, витамины, безрецептурные препараты)			+	
Изменение черт своего лица с помощью экспресс макияжа (около 10 мин в день)			+	
Изменение черт своего лица с помощью тщательного макияжа (около 1 часа в день)			+	
Изменение черт своего лица с помощью профессионального макияжа (около 1 часа в день)	+			
Изменение черт своего лица с помощью декоративного татуажа				+
Коррекция формы или цвета зубов	+			
Изменение цвета глаз с помощью контактных линз				+

№3

Изменение формы прически	+			
Изменение цвета волос				+
Изменение длины или густоты волос путем наращивания	+			
Использование маникюра с художественным оформлением ногтей	+			
Использование маникюра	+			
Использование педикюра	+			
Использование педикюра с художественным оформлением ногтей	+			
Использование украшений и аксессуаров для улучшения своей внешности	+			
Использование корректирующей одежды (например утягивающего белья) для коррекции своего тела	+			
Ношение одежды ярких цветов	+			
Ношение одежды темных тонов	+			
Ношение одежды светлых тонов	+			
Изменение стиля одежды				+
Ношение одежды, подчеркивающей сексуальность	+			
Скрытие недостатков собственной внешности с помощью одежды	+			
Подчеркивание достоинств собственной внешности с помощью одежды	+			
Использование услуг стилиста-имиджмейкера для улучшения собственной внешности	+			

Таблица 4

**Уровневые характеристики принятия собственного тела у подростков с
ОВЗ на этапе констатирующего эксперимента**

№	Имя испытуемого	Когнитивный компонент	Эмоциональный компонент	Поведенческий компонент	Итоговый уровень
1	Стефания Б.	В	Н	С	С
2	Анна Г.	В	С	Н	С
3	Владимир Д.	В	Н	Н	С
4	София Д.	В	Н	Н	С
5	Мария Д.	В	Н	Н	С
6	Диана Е.	С	Н	Н	Н
7	Елизавета З.	В	Н	В	С
8	Светлана И.	Н	Н	Н	Н
9	Анна И.	Н	Н	Н	Н
10	Светлана К.	Н	Н	Н	Н
11	Иван К.	В	Н	В	С
12	Вероника К.	В	С	С	С
13	Максим К.	С	Н	В	С
14	Евгения К.	Н	С	Н	Н
15	Анастасия Л.	Н	С	Н	Н
16	Мария М.	Н	С	Н	Н
17	Ксения М.	В	В	В	В
18	Ярослава П.	С	В	С	С
19	Арина С.	В	В	В	В
20	Полина Т.	С	Н	Н	Н
21	Наташа Т.	Н	Н	Н	Н
22	Миша Т.	Н	Н	С	Н
23	Евгения Ф.	В	Н	Н	С
24	Дима Х.	В	С	С	С
25	Александра Я.	С	В	Н	С

Н - низкий уровень;
С - средний уровень;
В - высокий уровень.

Протокол индивидуальной психологической консультации

Клиент, номер встречи	Диалоги	Примечания
Наташа Т., 14 лет 3-я встреча	<p>Консультант (К.) – Наташа, здравствуй! Проходи. Располагайся за конторкой. Наташа (Н.) – Здравствуйте. К. – На прошлой встрече с другими ребятами ты говорила, что не возможно в жизни добиться реализации своей мечты. Не могла бы ты сказать почему. Н. – Сейчас, подумаю.</p>	Небольшая пауза, клиентка размышляет.
	<p>Н.- Ну вот, например, я с детства хотела заниматься танцами. Я бы и сейчас с радостью танцевала, если б не моя хромота... К. – А что хромота? Н. – Ну как с хромотой выходить на сцену? К. – Ты пробовала когда-нибудь это сделать? Н.- А как я смогу, если все говорят, что лучше не выделяться, не обращать внимание других на мои ноги? К.- Другие могут иногда быть неточными или даже ошибаться. Но это не остановило действительно желающих что-то сделать свое! Н. – Ну да... К.- Каждый человек индивидуален, и волен выбирать себе занятия по душе. Н.- Да, в историях о наших сверстниках все складывается хорошо! К. – Почему ты думаешь, что у тебя не получится? Н. – Я не такая, у меня не получается. У меня отвратительные ноги. К.- Я вижу, что вся эта ситуация вызывает у тебя неприятные эмоции. Н.- Да уж... неприятные... К. – Давай мы сейчас выполним одно</p>	<p>Речь клиента эмоциональная, выражает недоумение.</p> <p>Клиент очень возбужденно рассказывает эту ситуацию, заметно, что она вызывает у</p>

	<p>упражнение, которое поможет тебе справиться с этими эмоциями. Упражнение называется «Две коробки».</p> <p>Н.- Хорошо!</p>	<p>девочки протест.</p> <p>Здесь симптомы-негативные эмоции.</p>
	<p>К. – Помести на соседний стул в коробку все свои негативные эмоции и поговори с ними. Ты будешь говорить и за себя, и за них. Что они тебе говорят?</p> <p>Н. – Что они переполняют меня.</p> <p>К. –Как думаешь, почему им нашлось место внутри тебя?</p> <p>Н. –Там пусто?</p> <p>К.- Не знаю. Задай этот вопрос себе.</p> <p>Н.- Наверное потому, что я не развиваю в себе это. Не могу отстоять свою точку зрения...</p> <p>К. – Возможно. А обида на кого?</p> <p>Н. – На всех! ... Нет.</p> <p>- На себя... (успокаивается) Это ведь я живу для других, а не как сама хочу.</p> <p>К.- Что с этим делать?</p> <p>Н.-. Надо набраться смелости, и объяснить окружающим чего мне хочется! Как мне нравится.</p> <p>К. – Давай теперь в другую коробку положим приятные эмоции. Какие?</p> <p>Н. – Счастье, радость, позитив.</p> <p>К. – И теперь эту коробку подарим сами себе.</p> <p>Н. – Это здорово.</p> <p>К.-Хорошо, что ты это понимаешь! Мы на сегодня закончили, хочешь еще поговорить о чем-нибудь?</p> <p>Н.-До следующей встречи.</p> <p>К.- До свидания, Наташа.</p>	<p>Клиентка несколько минут сидела в кабинете, молчала, размышляла. Затем встала, попрощалась и ушла.</p>

Материалы для проведения дискуссий

Прослушивание рассказа о жизненной истории Бугаева Алексея.

Рассказ.

«Алексей Бугаев с детства мечтал кататься на лыжах. В 16 лет стал обладателем титула абсолютного чемпиона России по горнолыжному спорту, серебряным призёром чемпионата мира и победителем Кубка мира.

Горнолыжный спорт привлек Алексея еще в детстве. Однажды, катаясь с отцом на санках на Николаевской сопке, он увидел тренировку горнолыжников и загорелся желанием освоить этот вид спорта.

Тренировался он ежедневно, семь дней в неделю по три часа. Все время он проводил на горнолыжной трассе. Уже через месяц после начала занятий Алексей показал свой первый результат - 3-е место на соревнованиях в честь 8 Марта. Первая победа стала подарком маме. Эта грамота до сих пор висит на стене в доме Бугаевых.

Но с первыми победами выявились и трудности, связанные с состоянием здоровья Алексея.

Строение кисти руки Алексея не позволяет ему держать горнолыжную палку, а по правилам соревнований в горнолыжном спорте спортсмен должен кататься с двумя палками. Сначала Алексею просто приматывали вторую палку к руке.

Сейчас правила изменились и на Паралимпийских играх можно кататься только на лыжах без палок. Алексей к 14 годам обыграл на трассе всех своих сверстников. В 15 лет он стал выступать вместе со взрослыми. Сейчас Алексей двухкратный паралимпийский чемпион.

По мнению Алексея в занятии спортом главное характер, настойчивость. «Если сдашься при первой же трудности, ничего не получится. В спорте, я считаю, 5 % – талант, а остальные 95 % достигаются трудом» - говорит Алексей».

После прослушивания рассказа педагог предлагает детям ответить на вопросы: Как вы думаете, какую роль сыграли окружающие Алексея люди на его пути к званию паралимпийского чемпиона? Какие качества помогли ему достичь своей мечты? Каких еще людей с инвалидностью вы знаете, которые несмотря на трудности достигли своей мечты и изменили мир к лучшему? Кто из вас умеет ездить на велосипеде? А кататься на коньках? ... как вы думаете, смогли бы вы научиться, если бы не перестали бояться и сомневаться, а поверили, что вы сможете? В каких еще делах важно верить в свои силы.

Верить в себя, в свои силы важно не только паралимпийским чемпионам. Ведь многие люди добиваются гораздо больших успехов в жизни и без титулов.

Человека с инвалидностью называют еще человеком с ограниченными возможностями. Как вы думаете, если бы Алексей смирился со своими ограничениями и с тем, что не сможет их преодолеть, он добился бы успеха в жизни?

Каких еще людей с инвалидностью вы знаете, которые, несмотря на трудности, достигли своей мечты и изменили мир к лучшему?

Подведение итогов.

Дети стоят в кругу, педагог предлагает рассказать о том, что они сегодня узнали и какие выводы для себя сделали.

Педагог подводит детей к формулированию вывода о том, что наличие инвалидности не влияет достижение мечты. Многие люди с инвалидностью являются примером для других людей, благодаря своей силе духа и стойкости характера. Они вдохновляют других людей!

3. Прослушивание рассказа о жизни Александра Авдевича.

Рассказ.

«Саша разбился на спортивном мотоцикле пять лет назад, заглянув в родной город почти случайно.

«Уже лет с 16 я уехал из дома, учился в Гродно, потом в Москве заканчивал универ, — вспоминает он. — В Норвегии работал почтальоном, наверное, год. Потом вернулся и в Минске устроился в компьютерную фирму, занимался ремонтом оргтехники».

«Мне было очень классно! У меня были друзья. Мне прикольно было — молодому, гонять на мотоцикле, тусоваться», — рассказывает Саша, вспоминая, как после аварии пережил страшный год переосмысления своей роли в жизни.

«Получилось после травмы, что там, в Минске, я никому становлюсь не нужен, работы нет. Квартиру снимать на инвалидной коляске? После всех своих тусовок — вот лежу, меня нужно ворочать каждые два часа, ставить утку, ставить клизму... Это, конечно, самые адские были времена. Друзья, которые к тебе начинают приезжать все реже. Реже, реже, потом вообще... Даже вспоминать не хочется», — говорит он.

Гараж в родительском дворе — единственное место, куда после больницы и операций оказалось возможным поместить Сашу, — силами семьи уже превращен в небольшой коттедж. Нет печки, которую в первый год Сашиного пребывания здесь бесконечно топили дровами; просторная комната приспособлена для перемещения на коляске.

И двор, где Сашина бабушка держала огород, теперь наполнен только цветами и широкими асфальтированными дорожками: проезд к беседке, турнику, высокому крыльцу старого бабушкиного дома, где сейчас хлопочет мама.

Саша рассказывает, как долго пытался найти чудо-врачей, способных поставить его на ноги. Но ни за границей, ни в Белоруссии реального волшебника пока нет.

«Тогда я подумал — окей, ладно. Если я не могу почувствовать себя заново, то хотя бы до того момента, когда придумают технологию, как срастить все эти фрагменты спинного мозга, надо сохранить свое тело должным образом. Потому что — вдруг окажется, что твои мышцы атрофировались или суставы полопались. И еще дороже будет себе какой-нибудь робот-скелет делать», — объясняет Саша.

Сашины тренажеры, доступные теперь в местном спорткомплексе всем желающим, — результат настойчивых поисков самых действенных технологий и методик, опробованных на себе.

«Нужно, чтобы твои ноги двигались, каждый день. Как это сделать? Ну, помимо массажа, самый дешевый способ — это подсказка для всех инвалидов — велосипед с электродвигателем, куда ты вставляешь свои ноги, и он крутит», — говорит Саша.

В небольшом реабилитационном зале спорткомплекса есть вертикализатор — тренажер, позволяющий «встать» на ноги; есть параподиум — «специальная штука, чтобы ходить»; есть тренажер для прессы, придуманный самим Сашей.

У бортика городского бассейна — подъемник, позволяющий опускаться в воду инвалидам, городские власти установили его под Сашиным напором.

«Плавание — это обязательно! Я начал вести свой канал на YouTube, называется invaLIFE, чтобы показывать, как я все это на тренажерах делаю, как пересаживаюсь из коляски. Кому-то это помощь-подсказка, и мне масса контактов и полезной информации возвращается в комментариях», — делится Саша.

Он очень деятельный человек. Поставил спектакль, провел флешмоб в своем городе. Создал местное общество инвалидов и придумал реалити-шоу «Не теряйся! Попробуй!», где раз в неделю исполняет мечты и желания людей с ограниченными возможностями.

Самым первым своим добрым делом называет «выбивание» и установку пандуса в общежитии, где 15-летняя девочка на коляске мечтала выйти на улицу.

В Лиде Саша Авдевич нашел около 300 инвалидов, большинство из которых не выходят из дому.

«Звонишь — берет трубку кто-то из родственников, говорит — «ты что, парень, куда идти, нам бы справиться в своей хате». Два-три десятка тех, кто не сломан еще физически и психически, готовы что-то делать. Но в реабилитационный зал и бассейн ходят только еще человека три», — вздыхает Саша, сетуя, что не хватает ему пока сил и энергии сподвигнуть на действия остальных.

Вообще-то он собирался лететь в Америку и, пересев на хэндбайк, бороздить далекий континент. Но с американской визой не сложилось — поехал в Европу.

«Хэндбайк — специальный велосипед, который управляется при помощи рук. Хэндбайки в основном для спорта, — объясняет Саша. — Чтобы в него сесть, человеку-инвалиду надо, чтобы его подняли туда, прямо затащили. А меня интересовал туризм, очень интересовали самостоятельные путешествия. И оказалось, чтобы это осуществить, нужно всего лишь немного переделать конструкцию байка, сделать специальный багажник для коляски».

Он придумал этот багажник, послал производителям свои чертежи и немного затормозил перед покупкой — машина обходилась в 6000 евро.

Деньги собирал через краудфандинг, признавая — система эта работает слабо, если постоянно не объяснять-рекламировать свою идею.

Объяснял и объясняет Саша так: средства нужны не только для доказательства «я могу» и побуждения других к преодолению ограничения возможностей, но и на развитие реабилитационного зала, бесплатную возможность пользоваться им для инвалидов города Лида.

Людам и фирмам, об отзывчивости которых он готов рассказывать подробно, огромное Сашино спасибо.

Отправился из Белоруссии Саша в начале июля.

«Решил: то, что для меня будет сверхсложно, смогу определить на пути от Минска до Вильнюса, где мне вообще нечего бояться, ведь я раньше коротко путешествовал по Прибалтике. Когда прошел этот путь, понял, что могу, не стоит возвращаться. Еще град начался, когда я приехал в Вильнюс в первый день», — вспоминает Саша.

По Прибалтике он ехал по шоссе — получалось в день одолеть до 80 километров.

«Я иногда пытался выезжать на велодорожки, но, как правило, все велодорожки заканчивались каким-нибудь бордюриком или выездом на шоссе. И это увеличивало

время настолько, что я решил не заморачиваться, нацеплял кучу всяких фонариков и ехал по шоссе», — рассказывает Саша.

По его словам, проблема безбарьерной среды существует и в Европе, «хотя то, над чем мы бьемся в Беларуси, у них, как правило, решено лет десять назад».

«У меня была палатка. Для здорового человека она, конечно, классная: весит килограмм, трековая, кемпинговая. Но она сделана, как такой маленький гробик. И если у тебя не работают ноги, чтобы влезть в этот маленький гробик, тебе нужно туда засовываться», — объясняет он.

«Она вся шатается: если лезешь туда по какому-то надувному матрасику, то матрасик сворачивается, и пока ты залез — уже оказывается, что лежишь на земле, — вспоминает Саша. — Я ехал и думал, как это все изменить. Слава богу, изменил. Но уже после второй или третьей страны очень много предложений начало поступать: а давай мы снимем тебе отель по дороге, давай ты заедешь к нам в гости или в гости к нашим знакомым!»

«Самый трудный момент — это когда я оказывался без интернета, — продолжает Саша. — Реально самые трудные моменты. Покуда у меня была связь, я был уверен, что в самом крайнем случае могу позвонить — и найдется человек, который приедет и меня заберет. Потому что уже после трех стран количество фолловеров в моем блоге так сильно выросло и так много людей следили за мной и писали комментарии, что я чувствовал поддержку».

Четыре тысячи километров по 12 европейским странам хэндбайк, конечно, тоже преодолевал на пределе своих велосил. Ломались передачи, соскакивала цепь.

Поломку в Финляндии очень быстро помогли устранить хозяйка отеля и ее знакомый — прочитали о белорусском путешественнике-колясочнике в местной газете — а тут и он сам, уставший и расстроенный из-за своей машины.

«До Мыса Рока, чтобы, как пишут в туристических справочниках, любоваться изумительным закатом, когда солнце садится прямо в Атлантический океан, добраться я не мог и не успевал: и физически (как одолеть Пиренеи?!), и виза заканчивалась», — рассказывает Саша.

«Уже из Сан-Себастьяна в Испании я собирался через Барселону возвращаться домой, — продолжает он. — И вот буквально в последний момент (уже заказали билет в Барселону) мне написал парень из Португалии: «Непорядок! Мечта должна свершиться!» Он ехал из Франции, на машине, в которую можно было погрузить велик, «и мы переехали через Пиренеи прямо в Порту!»

На ролике, выложенном на Сашиной странице в YouTube, видно, как байк с лежащим парнем преодолевает прибрежную полосу. Саша говорит океану: «Здравствуй! Я вижу тебя впервые, и ты меня тоже».

Таблица 1

Индивидуальные результаты изучения принятия тела у подростков с ОВЗ экспериментально группы до и после формирующего эксперимента

№	Имя испытуемого	До формирующего эксперимента				После формирующего эксперимента			
		Когнитивный компонент	Эмоциональный компонент	Поведенческий компонент	Общий	Когнитивный компонент	Эмоциональный компонент	Поведенческий компонент	Общий
1	Стефания Б.	В	Н	С	С	В	С	С	С
2.	Максим К.	С	Н	В	С	В	В	В	В
3.	Полина Т.	С	Н	Н	Н	В	С	С	С
4.	Наташа Т.	Н	Н	Н	Н	В	С	С	С
5.	Миша Т.	Н	Н	С	Н	С	С	С	С

Н - низкий уровень;
С - средний уровень;
В - высокий уровень.

Статистическая обработка данных

С целью оценки достоверности сдвига в уровнях принятия собственного тела подростками с ОВЗ до и после формирующего эксперимента нами был применен Т-критерий Вилкоксона.

Определим гипотезы:

H_0 - интенсивность сдвигов в типичном направлении не превосходит интенсивности сдвигов в нетипичном направлении;

H_1 - интенсивность сдвигов в типичном направлении превышает интенсивность сдвигов в нетипичном направлении.

Таблица 1

Расчет Т критерия Вилкоксона при сопоставлении уровней принятия собственного тела

№	Ф.И.	уровень принятия собственного тела		Разность	Абсолютное значение	Ранговый номер разности
		До формирующего эксперимента	После формирующего эксперимента			
1	Стефания Б.	2	2	0	0	1
2	Максим К.	2	3	1	1	3,5
3	Полина Т.	1	2	1	1	3,5
4	Наташа Т.	1	2	1	1	3,5
5	Миша Т.	1	2	1	1	3,5
Сумма						15

- 1- Низкий уровень
- 2- Средний уровень
- 3- Высокий уровень

Проверим совпадение ранговой суммы с расчетной:

$$\sum R = 2,5+1+4,5+2,5+4,5= 15$$

$$\sum R = n * (n + 1) : 2 = 5 * (5 + 1) : 2 = 15$$

$$T = \sum R$$

Итак, в нашем случае нет нетипичных сдвигов, поэтому

$$T_{\text{эмп.}} = 0$$

Определим критические значения Т для n=5

$T_{кр.} (p \leq 0,05) = 0$

Так как $T_{эмп.} = T_{кр.} (p \leq 0,05)$, то H_0 отвергается и принимается H_1 , на уровне значимости $p \leq 0,05$, то есть сдвиг в типичном направлении более интенсивен, чем сдвиг в нетипичном направлении, что мы можем утверждать с вероятностью 95 %.

Следовательно, в результате проведенных статистических исследований мы принимаем гипотезу H_1 как достоверную на уровне 95% вероятности.