

УДК 159.922.7

*А.Д. Редькина*

### **Формирование понятия «боль» в условиях проектной формы обучения**

#### **Аннотация:**

Описывается исследование, посвященное формированию понятия «боль» в рамках проектной формы обучения у дошкольников.

**Ключевые слова:** боль, проектная форма обучения, психология обучения

**Об авторе:** Редькина Анна Дмитриевна, выпускница кафедры клинической психологии факультета социальных и гуманитарных наук государственного университета «Дубна», студентка факультета психологии университета Людвиг-Максимилиана г. Мюнхен, сотрудник отделения нейропсихологии института психиатрии им. Макса Планка; эл. почта: a.redkina90@gmail.com

Понятие «боль» - сложный конструкт, сопровождающий нашу жизнь постоянно и непрерывно. Мы можем не чувствовать боль, но с нами всегда будет осознание болит ли что-то у нас или боль отсутствует. Понятие «боль» может развиваться по двум основным направлениям: естественным путем житейского понятия, обобщая и систематизируя практический опыт в теоретический конструкт, и путем научного понятия, идущего обратным путем [1, с. 96]. Формирование понятия «боль» путем житейского понятия в высокой степени подвержено влиянию случайных факторов, что делает результат непредсказуемым, а понятие уязвимым. Выбирая путь научного понятия, мы можем повлиять на субъективное переживание боли ребенком. Наше пилотажное исследование, а также опыт других исследователей [7; 8, с. 84] показали, что понимание детьми того, что происходит (или будет происходить) во время болезненной процедуры, а также субъективный контроль над ситуацией помогают снизить аффект, в то время как попытки оградить ребенка от информации (например, описывая предстоящую процедуру как совершенно безболезненную) могут способствовать усиленной негативной реакции и переживанию ребенка.

На основании этих данных мы предполагаем, что правильно сформированной понятие «боль» поможет детям выработать продуктивный копинг в дальнейшем и

приведет к снижению субъективной оценки боли. Необходимость разработки метода формирования исследуемого понятия подтверждалась данными нашего пилотажного исследования, которое показало, что из общего числа родителей, сопровождавших детей во время болезненной процедуры (забора крови), только 18% использовали стратегию разъяснения, в то время как большинство предпочитали стратегии, не способствовавшие снижению негативных переживаний (запугивание, игнорирование, отстранение ребенка и т.д.). В качестве основного метода для формирования понятия «боль» была выбрана проектная форма обучения. Для работы с понятием боли, напрямую связанным с негативными переживаниями и дискомфортом, нам была необходима такая форма работы, в которой мы могли бы минимизировать стрессовый фактор, организовав безопасную доверительную среду, где дети могли бы максимально расслабиться. Проектной форме обучения характерно отсутствие авторитарного взрослого, что позволяет детям быть более инициативными и выступать в процессе обучения не только в пассивной роли классического ученика и «усваивая» материал, но и быть полноценными партнерами, делаясь своим опытом и знаниями. Поощряя активную роль ребенка в процессе обучения, мы провоцируем развитие рефлексии, т.к. в процессе взаимодействия с другими участниками в качестве партнера ребенку необходимо неоднократно обращаться к собственному опыту, а значит, раз за разом прорабатывать его.

Кроме того, чтобы достичь вышеописанных целей, нам была необходима групповая работа. Это также позволяло нам помочь детям попытаться преодолеть эгоцентризм, свойственный данному возрасту, а значит, взглянуть на понятие боли с более высокой, отстраненной позиции, что необходимо для формирования понятия. Еще одной важной, если не важнейшей, особенностью проектной формы обучения, сыгравшей решающую роль в выборе нами именно этого метода, является сфокусированность на личности ребенка. Работая с понятием боли, мы работаем не просто с научным понятием, а напрямую со сложными личностными конструктами. Также важно отметить, что в нашем исследовании был важен не просто «продукт» (сформировавшееся понятие), но сам процесс, который ведет к результату. Таким образом, мы могли влиять не только на понимание боли, но и на стратегии ее преодоления и переживания.

По результатам нашего пилотажного исследования, в котором мы наблюдали за поведением 217 детей во время проведения болезненных процедур, была замечена разница между непосредственным реагированием на боль (в момент и сразу после укола) и «предчувствием» боли (реакцией ребенка до проведения процедуры, связанная с его

установками и ожиданиями). Именно это «предчувствие» является важным показателем влияния социальной среды и культуры на восприятие боли, а также проявлением влияния самого понятия «боль» на поведение ребенка. Как видно из приведенного графика (см. Рисунок 1), при развитии в рамках нормального все дети младенческого возраста реагируют негативно исключительно на болезненную процедуру. Однако чем старше становится ребенок, тем больше вероятность, что негативные эмоции проявятся еще до проведения процедуры. Боль становится не просто ощущением, но внутренним мнением и понятием, что заставляет ребенка реагировать на нее еще до совершения процедуры, а лишь в ожидании ее.

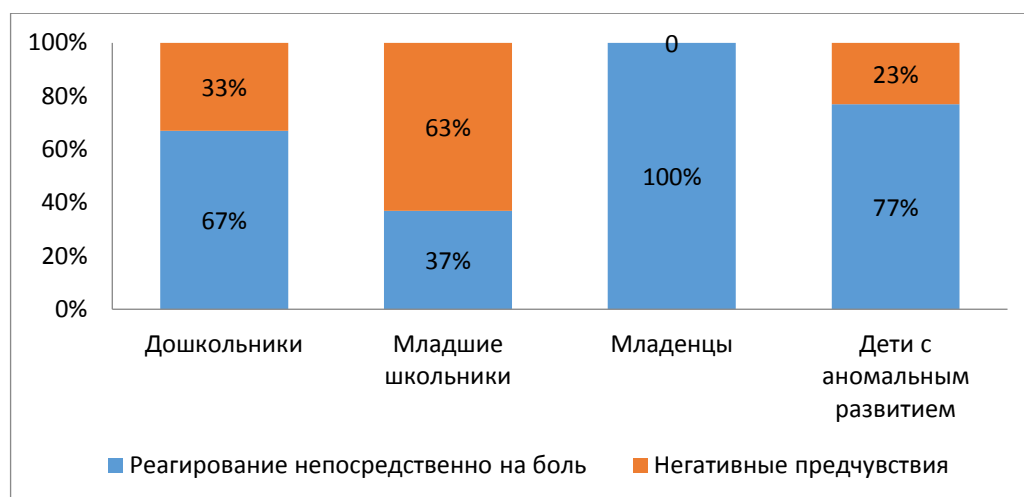


Рисунок 1. Процентное соотношение проявления негативной реакции непосредственного на болезненные ощущения и «предчувствуя» боли в различных возрастных группах

В связи с полученными результатами для формирования понятий в ходе нашей работы были выбраны группы детей дошкольного и младшего школьного возраста. Именно в это время происходит значительный рост влияния установок и ожиданий, а значит - естественное формирование понятия «боль», на ход которого мы можем повлиять.

Для работы нами был разработан проект «Неболейка» для детей дошкольного и младшего школьного возраста. В исследовании приняли участие две группы детей:

- Группа А, состоящая из 5 детей (5-8 лет), 14 занятий;
- Группа Б, состоящая из 8 детей (2,7-4,5 лет), 20 занятий.

Формирование понятия «боль» проходило через освоение строения собственного тела, выстраивание образа больницы и образов врача и пациента, проработку опыта боли каждого ребенка и обобщение опыта участников проекта. Осваивая и моделируя пространство больницы дети осваивали функции организма, его возможности, а также варианты появления боли. Выстраивая модели врача, пациента и медицинского персонала, дети формулировали стратегии их поведения, выявляли границы нормы этого поведения, усваивали новые паттерны поведения, направленные на снижение уровня страхов и невротизации.

Следует отметить, что темы занятий в проекте были организованы в порядке субъективной значимости для детей - от наименее знакомого детям материала к наиболее близкой теме. Первыми изучались профессии травматолога, хирурга. Хотя у взрослых эти профессии ассоциируются с наибольшей опасностью и наиболее стрессовыми ситуациями, дети из-за отсутствия эмоционального опыта столкновения с данными сферами не переживают стресса при проигрывании ситуаций связанных с травматологией или хирургией. При этом происходит освоение пространства понятия «боль». В последнюю очередь освещалась тема работы стоматолога и процедура забора крови, обычно связанные с наибольшим стрессом из-за наличия опыта. Такая организация тем была необходима для того, чтобы наиболее эмоционально сложные для детей ситуации разбирались в момент, когда дети раскрепощены, и общий уровень страха и невротизации в связи с данной темой снижен. В противном случае велик риск отказа детей от занятий, повышения уровня невротизации и страхов.

Проект включал в себя несколько этапов работы. На первом этапе проводилась беседа и ознакомительная игра с детьми, с целью выявления уровня формируемых понятий. Детям задавались такие вопросы, как: почему люди болеют, что такое боль, почему она возникает, что такое болезнь, почему болезни бывают разные, что может болеть у человека, что нужно делать, чтобы не заболеть и т.д. Также оценивался опыт взаимодействия с врачами и опыт боления детей. Вторым этапом было «знакомство» детей с собственным телом. Дети в игровой форме познакомились с такими понятиями как части тела, внутренние органы, кости, обсуждались темы боли и болезни — что это такое, откуда они берутся и какими могут быть. Вся информация была представлена в игровой и сказочной форме. Главной задачей данного этапа было постепенное и безболезненное введение детей в данную тему, а также прослеживание невротизации, связанной с данной темой индивидуально у каждого ребенка. Третьим этапом работы было моделирование

больницы. Данный этап сопровождался ролевой игрой и являлся ключевым в данной работе, т.к. именно на этом этапе максимально реализовывалась идея проектного метода обучения с планомерно-поэтапным освоением темы и продуктивной деятельностью. Заключительным этапом проекта стало обобщение полученного в проекте опыта в форме продуктивной деятельности. В старшей группе детей такой деятельностью являлось совместное создание книги о здоровом образе жизни, в младшей – придумывание полноценной истории, связанной с темой проекта.

Чтобы оценить результаты проекта мы рассмотрели следующие аспекты:

- общая осведомленность в вопросах болезни, боли и их причин,
- сюжетно-ролевая игра:
  - принятие ролей,
  - использование инструментария в игре,
  - развитие сюжета,
- взаимодействие детей,
- проявление невротизации и страха.

#### Общая осведомленность

На первом проектном занятии мы проводили с детьми беседу, основной целью которой являлось определить начальный уровень знаний детей и уровень исследуемых понятий. Как и ожидалось, понятие «боль» находилось по большей части на уровне синкрета. В ходе проекта знания детей значительно расширились, что можно было наблюдать в заданиях на сочинение историй, в которых к концу проекта можно было наблюдать верные причинно-следственные связи относительно боли и болезни. В младшей группе в конце проекта было проведено занятие, в котором приняли участие дети той же возрастной группы, не посещавшие ранее проект. На данном занятии мы могли наблюдать значительную разницу в понимании детьми причинно-следственных связей в изучаемой теме, а также разницу в тематической ролевой игре между детьми, посещавшими и не посещавшими проект.

#### Принятие ролей

В начале проекта в обеих группах у всех детей проявлялся отказ от роли пациента. Дети предпочитали занимать в игре нейтральные позиции, такие как охранник больницы, повар и т.п. Дети в старшей группе могли принимать роль медсестры, которая, в силу небольшого опыта детей и пока необширных знаний, также являлась нейтральной (т.к. болезненные процедуры ассоциировались у детей именно с врачом, а не с медсестрой).

Для того, чтобы дети начали принимать роль пациента, в старшей группе была введена игра по подобию игры «крокодил», где участникам предлагалось угадать, что болит у ведущего по его действиям. В этой игре, максимально дистанцированной от реальной ситуации боления и боли, но сохраняющей исключительно поведенческий ее компонент, почти все дети смогли выступить своеобразными «пациентами». В сюжетно-ролевой игре большой шаг в принятии эмоционально значимых ролей (таких как пациент и врач) произошел в теме «хирургия», которая являлась для детей новой и не ассоциировалась со стрессом и переживаниями, за счет чего невротизация проявлялась в меньшей степени, а дети были расслаблены и смогли принять сложную для них роль.

Особенностью группы младшего возраста было появление другой роли — мамы пациента, которая функционально могла заменять любую другую роль в игре (кроме роли самого пациента). Дети с удовольствием принимали ее на себя. Вероятно, это связано с тем, что в данном возрасте у детей в сюжетно-ролевой игре происходит освоение семейных ролей. К концу проекта дети группы Б принимали роль пациента в игре на макете чаще, чем роль врача, а дети группы А свободно принимали все предложенные роли в сюжетно-ролевой игре.

#### Использование инструментария в игре

В обеих группах наблюдалась фиксированность на определенном инструменте. Особенно явно это было заметно на примере детей с опытом многочисленных госпитализаций. Таким предметом фиксации мог быть шприц или стетоскоп (опираясь на собственный опыт) или просто яркий инструмент. В ходе проекта дети переставали фиксироваться на одном инструменте, начинали играть всем предложенным инструментарием и к концу проекта фиксация больше не наблюдалась. Такая тенденция может быть связана как с преодолением определенного рода невротизации детей, так и с расширением их кругозора, когда манипулирование с инструментами в игре переставало носить исключительно подражательный характер и обретало смысловую нагрузку (т.е. ребенок не просто повторял действия за взрослым, но понимал, что и зачем можно делать с помощью того или иного инструмента).

#### Развитие сюжета

В младшей группе сюжет игры на первых занятиях не прослеживался, игра распадалась на отдельные действия. Постепенно, по ходу освоения игрового пространства данной темы начал появляться сюжет, однако он относился к побочной теме, например, мальчик В. любил сюжет про скорую помощь, когда он мог выступать водителем и играть

в машины. Для девочек основным сюжетом был уход за ребенком, который болеет, и выполнение роли мамы. Достичь полноценной сюжетно-ролевой игры по исследуемой теме в младшей группе не удалось, дети включались в сюжет игры лишь на макете больницы, чаще всего когда тема и сюжет игры были заданы взрослым. Следует заметить, что развитие сюжета в группе Б все же было замечено на примере другой продуктивной деятельности: дети начали сочинять тематические истории (о болезнях и пациентах), а также стал сюжетным их рисунок.

В старшей группе детей наблюдалась схожая тенденция развития сюжета. В начале проекта сюжет игры также сводился к побочной теме, например, охрана больницы. Дети не могли самостоятельно придумать и развить сюжет. Игра сводилась к набору действий (сделать укол, перевязать руку и т. д.). Постепенно, овладевая в ходе проекта новыми знаниями (о возможных причинах заболеваний, функциях организма, разных видах врачей и т.д.) дети стали расширять сюжет игры. Группа А проявляла особый интерес к сюжету игры в хирургию, который, как было отмечено выше, был максимально дистанцирован от личных переживаний детей. К заключительному этапу проекта дети договаривались о сюжете игры, который мог включать различных врачей и различные ситуации, могли проигрывать сюжет на макете и сочинять тематические истории, соблюдая причинно-следственные связи в темах болезни и боли.

#### Взаимодействие детей

На первом этапе работы в обеих группах наблюдалось отсутствие взаимодействия. Дети вырывали друг у друга игрушки, не могли договориться о ролях и т. д. Стоит отметить, что дети до проекта были знакомы между собой, играли и занимались вместе, проявляя агрессию и неприятие в значительно меньшей степени.

В ходе проекта в группе А наблюдалось увеличение внимания друг к другу. Дети почти перестали отнимать игрушки, начали договариваться, а также интересоваться здоровьем друг друга, сочувствовать друг другу. Примером проявления таких изменений стала незапланированная ситуация, в которой мы могли наблюдать поведение детей не в ситуации игры, а в реальной жизни: перед началом одного из занятий в помещение зашла мама с девочкой, которая только что упала. Девочка плакала и не обращала внимания на других детей. Дети из группы А заинтересовались, что случилось, предложили помощь и посочувствовали девочке, чего не наблюдалось до проекта. Мы предполагаем, что это связано со снижением уровня страха, связанного с болью, который проявлялся в том

числе при виде чужой боли, а также с поэтапным освоением детьми стратегий поведения в ситуации боли. В группе Б взаимодействие также улучшилось, но в меньшей мере.

#### Проявление невротизации

На протяжении проекта в обеих группах проявлялась разного рода невротизация — агрессия, капризы, отказ от игры, игнорирование и др. На начальном этапе работы невротизация проявлялась у некоторых детей с такой силой, что порой игра или любое упоминание темы боли и болезни были невозможны. Например, участница группы Б, 4,5 года, на первых занятиях, в момент, когда игра доходила до темы болезни, кидала куклу в стену, начинала бегать по кабинету, говорить на другую тему и предлагать свою игру, могла ударить ребенка, находившегося рядом, отказывалась произносить слова «укол», «шприц» и «больница». Во время рисования на тему, как выглядит больница, предшествующему моделированию, девочка нарисовала контур дома, после чего агрессивно чертила фломастером в центре листа до образования дыры. Стоит отметить, что вне проекта проявлений агрессии у данного ребенка не наблюдалось.

К концу проекта девочка участвовала в тематической игре, принимала роль врача, на макете принимала роль пациента, свободно пользовалась всем знакомым вокабуляром по данной теме. Невротизация проявлялась в меньшей степени, однако не пропала совсем, в связи с тем, что при работе с понятиями боли и болезни как со сложными личностными конструктами, большую роль также играет социальная ситуация развития, на которую мы не могли повлиять в рамках проводимой работы. Стоит отметить, что невротизация проявлялась и не снижалась линейно. Мы могли наблюдать пики невротизации, особенно явные в старшей группе, которые приходились на занятия, связанные с новой темой, близкой и болезненной для детей (например, зубной врач или забор крови). Также наблюдались индивидуальные скачки невротизации, связанные с состоянием ребенка (часто, соответствующие его здоровью — в начале заболевания, перед походом к врачу или сразу после заболевания) или перед предстоящим общением с врачом. Такие индивидуальные кризисы нам удавалось преодолевать благодаря преимуществам проектной формы обучения, в которой ребенок не был лишь пассивным участником проекта. Благодаря тому, что ребенок являлся полноценным партнером для ведущего и других участников, нам удавалось преобразовать его опыт боления или переживания каких-либо болезненных процедур в его преимущество, т.к. теперь он мог поделиться опытом с другими участниками и самостоятельно выступить ведущим. Важной задачей взрослого в этот момент являлась объективизация нового опыта ребенка, чтобы он



передавался не только рассказом о негативных переживаниях и эмоциях ребенка, но и содержал информативный компонент. Например, рассказ ребенка о процедуре забора крови содержал не только высказывания «я чувствовал (а)...», но и рассказ о процессе и этапах процедуры, подкрепленных рассказом взрослого о смысле процедуры. Интересным феноменом стало то, что в обеих группах в районе середины проекта происходила переработка собственного опыта боления. Дети начинали делиться опытом, говорить о том, кто чем болел, было ли больно и страшно и как их лечили. Делиться своим опытом начинали в том числе дети, до этого утверждавшие, что никогда не болели и не видели врачей (что не соответствовало информации, полученной от родителей). В обоих случаях этому уделялось целое занятие.

После этого в группе А случился качественный скачок, своеобразный «прорыв», после которого резко происходило расширение сюжета игры, дети становились внимательнее друг к другу, слушали рассказы друг друга. В то время, как в группе Б качественных изменений замечено не было, кроме того, что дети стали свободно делиться своим опытом. По результатам проекта можно говорить о качественных изменениях исследуемых понятий, которые были наиболее заметны в группе А. Мы предполагаем, что добиться более заметных изменений у детей в группе Б не удалось в связи с возрастом. Можно говорить лишь о некотором преодолении невротизации, связанной с данной темой у некоторых (наиболее старших) детей. Однако мы предполагаем, что знания, полученные участниками в ходе проекта, позволят им в будущем сформировать исследуемые понятия и будут сопутствовать формированию продуктивного копинга. Нам удалось выяснить, что проектная форма обучения помогает качественно изменить и развить исследуемые понятия, дает толчок для развития рефлексивного понимания болезней и боли, однако существуют некоторые ограничения (в нашем случае возраст участников). Кроме того, для полноценной работы с исследуемыми понятиями необходима также работа с социальной ситуацией развития ребенка.

#### **Библиографический список:**

1. Выготский Л.С. Умственное развитие детей в процессе обучения. Москва, Ленинград: Государственное учебно-педагогическое издательство, 1935.
2. Николаева В.В., Арина Г.А. Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности // 1 Международная конференция памяти А.Р. Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М.: Изд-во РПО, 1998. С. 75-82.
3. Хозиев В.Б. Опосредствование в теории и практике культурно-исторической концепции // Культурно-историческая психология. 2005. Выпуск 1. С. 25-36.

4. Хозиев В.Б. Практикум по психологии формирования продуктивной деятельности дошкольников и младших школьников. М.: Академия, 2002.
5. Bearden D.J., Feinstein A., Cohen L.L. The Influence of Parent Preprocedural Anxiety on Child Procedural Pain: Mediation by Child Procedural Anxiety // Journal of Pediatric Psychology. 2012. Vol. 37 (6). Pp. 680-686.
6. Dufton L.M., Dunn M.J., Slosky L.S., Compas B.E. Self-Reported and Laboratory-Based Responses to Stress in Children with Recurrent Pain and Anxiety // Journal of Pediatric Psychology. 2011. Vol. 36 (1). Pp. 95-105.
7. Margraf-Stiksrud J. Verhaltensanalyse und Angstbewältigung bei Kindern mit Zahnarztangst. Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin, 1989. S. 93-100.
8. Sergl H.G., Müller-Fahlbusch H. Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Gebundene Ausgabe, 1989.

**Redkina A.D. Formation of the concept of "pain" in terms of the project form of education**

Describes a study on the formation of the concept of "pain" in the framework of the project form of education in preschool children.

**Keywords:** pain, project form of education, psychology of education