

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П.
АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра социальной психологии

ТУЖИЛИНА ВИОЛЕТТА СПАРТАКОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ОСОБЕННОСТИ НАПРАВЛЕННОСТИ НА ОБЩЕНИЕ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Направление подготовки 37.03.01. Психология

Направленность (профиль) образовательной программы
Социальная психология

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

к.п.с.н., доцент Груздева О.В.

Научный руководитель

к.п.с.н., доцент Тодышева Т.Ю.

Дата защиты

24.06.2017

Обучающийся

Тужилина В.С.

Оценка

Красноярск 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НАПРАВЛЕННОСТИ НА ОБЩЕНИЕ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	7
1.1 Направленность на общение.....	7
1.2 Психологическая характеристика детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.....	11
1.3 Особенности направленности на общение у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.....	27
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1	32
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАПРАВЛЕННОСТИ НА ОБЩЕНИЕ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	34
2.1 Этапы и методы исследования.....	34
2.2 Анализ результатов исследования.....	41
2.3 Рекомендации по формированию направленности на позитивное общение у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.....	52
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	56
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	57
ПРИЛОЖЕНИЯ	62

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В настоящее время значительно возросло внимание к проблеме общения со стороны философов, социологов, психологов и других специалистов. Общение рассматривается в качестве одного из основных условий развития ребенка, важнейшего фактора формирования его личности (Л.С. Выготский, А.А. Леонтьев, В.Н. Мясищев, М.И. Лисина, Б.Г. Ананьев, А.В. Запорожец, А.А. Бодалев, Е.О.Смирнова, А.Л.Венгер, Ю.Б.Гиппенрейтер, Л.М.Шипицына и др.). В ситуации серьезных социально-экономических перемен, происходящих в российском обществе и государстве, проблема направленности на общение у детей-инвалидов становится особенно актуальной. Исследователи отмечают, что эта социальная категория оказывается наиболее уязвимой в процессе реализации экономических, социальных, культурных, личных и политических прав, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, между тем как в России права инвалидов на участие в жизни общества и защита их интересов закреплены федеральным законодательством и рядом подзаконных актов.

С раннего детства дети с отклонениями в развитии сталкиваются с оценкой их внешности другими людьми. Часто здоровые дети с детской непосредственностью и жестокостью оценивают внешние дефекты детей-инвалидов в их присутствии. В результате у детей-инвалидов формируются замкнутость, избегание широкого круга общения, замыкание «в четырех стенах», маскированная депрессия. Часто формируется комплекс неполноценности.

В современной педагогической и психологической науке разработаны теоретические концепции, которые могут быть положены в основу исследования данной проблемы.

Закономерности психического развития личности отражены в работах В.М. Астапова, С.А. Беличевой, И.С. Кона и др. Фундаментальные

теоретические положения о развитии личности как следствии специфических отношений между людьми, формирующихся в пространстве социальных связей, нашли свое отражение в трудах Б.Г. Ананьева, Л.И. Божович, Л.С. Выготского, А.М. Леонтьева, А.Р. Лурии, В.Н. Мясищева, С.Л. Рубинштейна и др. Психолого-педагогические особенности развития личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья исследовались Л.И. Акатовым, М.С. Басовым, В.В. Лебединским, Е.М. Мастюковой, М.В. Певзнером и др.

Объектом исследования является общение у детей - инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Предметом исследования выступили направленность на общение у детей-инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования – изучение особенностей направленности у детей-инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Гипотеза, лежащая в основе исследования: особенности направленности на общения у детей-инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата определяют уровень тревожности и уровень развития коммуникативных навыков.

Задачи:

1. изучить литературу по проблеме исследования;
2. исследовать особенности общения у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и у детей не имеющие инвалидность;
3. исследовать личностную направленность у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и у детей не имеющие инвалидность;
4. исследовать психологическое благополучие у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и у детей не имеющие инвалидность;
5. исследовать тревожность у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и у детей не имеющие инвалидность;

б. разработать рекомендации для родителей имеющих детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которые помогут, повысить развитие их коммуникативных навыков.

Методологические и теоретические основы исследования: работы ученых по исследованию взаимоотношению общения в подростковой среде (Леонтьев А. Н., Рубинштейн С. Л. и др.); положения о существовании закономерностей и особенностей, имеющих общий характер и прослеживающихся в развитии детей, относящихся к различным типам нарушенного развития (Выготский Л. С., Власова Т. А., Занков Л. В., Лубовский В. И., Шиф Ж. И. и др.); теоретико-методологические положения о ведущей роли общечеловеческих ценностей в воспитании, о гуманизации межличностного внутришкольного взаимодействия, идеи гуманно-личностного, личностно-ориентированного подходов в воспитании и обучении (Амонашвили Ш. А., Бондаревская Е. В., Якиманская И. С. и др.); инклюзивное образование детей-инвалидов (Ярская-Смирнова Е.Р., Лошакова И.И. и др.).

Методы исследования: теоретические (анализ литературы), эмпирические (методики: Акопов Г.В., Семенова Т.В. Комплексная психологическая диагностика общения (КПДО), определение направленности личности (Б. Басс), опросник психологическое благополучие личности К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко; тест тревожности Т.Филлипса).

Теоретическая значимость исследовательской работы заключается в том, чтобы обобщить теоретические представления об особенностях направленности на общения детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Практическая значимость исследования: результаты исследования направленности на общение у детей - инвалидов у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и у детей не имеющие инвалидность помогут педагогам и психологам в построении учебно-

воспитательного процесса и создании благоприятного климата в классе, так же родителям в воспитание ребенка.

База исследования: исследование проводилось в городе Красноярске, в Центре социальной помощи семье и детям "Надежда" и в МАОУ Средней общеобразовательной школе, в исследование принимали участия 14 детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и 13 детей не имеющие инвалидность.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, приложения. Текст работы сопровождается таблицами.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НАПРАВЛЕННОСТИ НА ОБЩЕНИЕ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1.1. Направленность на общение

Направленность - это совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих деятельность личности и относительно независимых от наличных ситуаций [3].

Направленность на общение - одна из основных направленностей личности. В зависимости от уровня развития личности может иметь разное содержание.

Направленность на общение для неразвитой личности — независимо от условий хотят поддерживать общение с людьми, ориентация на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению конкретных заданий или оказанию искренней помощи людям, стремятся к социальному одобрению, зависимость от группы, потребность в привязанности и эмоциональных отношениях с людьми.

Направленность на общение развитой личности - это наличие ориентира на личную жизнь и соответствующая личностная специализация.

По двухфакторной теорией сознания Аконова Г.В., направленность как характеристика общения по-разному проявляет себя в содержательной части общения [7, с. 78].

Так, люди с когнитивной (познавательной) направленностью полагают, что общение нужно для получения новой информации, новых знаний.

Для людей с аффективной (эмоциональной) направленностью свойственно в процессе общения улучшения настроения; общение может вызывать у них сильные эмоции, они чаще говорят о своих эмоциях в каких либо ситуациях, а не о действиях которые происходили.

Люди с организационной (прагматической) направленностью предпочитают заранее знать тему, место и время общения; в ходе общения они стараются вызвать дискуссию и чаще всего управляют ее течением.

Участники общения с эгоцентрической направленностью стараются утвердить свое мнение, чаще говорят о собственных делах, любят находить новые знакомства.

Собеседники с альтруистической направленностью предпочитают обсуждать, решать, выслушивать чужие проблемы и мнения, не перебивают собеседника.

Общение, представляя одну из важнейших категорий современной психологии (Общение..., 2006; Парыгин, 2009; Психология общения, 2011), значительно менее оформлено в измерительном, психодиагностическом плане в сравнении с другими базовыми понятиями психологии, такими, как личность, высшие психические функции и т.д. [9].

Общение непосредственно связано с деятельностью и рассматривается в двух планах: как аспект совместной деятельности и как ее продукт (В. Слободчиков, Е. Исаев). Вместе с тем деятельность через общения не просто организуется, но и обогащается, в ней возникают новые связи и отношения между людьми.

По мнению Г. Андреевой, такое широкое понимание связи общения и деятельности соответствует пониманию самого общения как важного условия присвоения индивидом достижений исторического развития человечества, будь то на микро уровне, в непосредственном окружении, или на макроуровне, во всей системе социальных связей [15 с. 103].

Понятие «общение» толкуется в психологической литературе по-разному:

- как особый вид деятельности;
- как специфическая социальная форма информационной связи;
- как форма взаимодействия субъектов;
- как самостоятельная и сведенная к деятельности категория;

- как процесс межличностного взаимодействия; как обмен мыслями, чувствами и переживаниями;
- как существенный аспект человеческой деятельности;
- как реальность человеческих отношений, что предполагает любые формы совместной деятельности людей;
- как универсальная реальность бытия человека, порождается и поддерживается различными формами человеческих отношений.

Г. И. Андреева полагает, что общение – более широкое понимание, включает коммуникацию, как один из своих аспектов. Она предлагает следующую модель общения [10]: Как видим, в модели общения Г. И. Андреевой в структуре общения выделены 3 взаимосвязанные стороны:

- коммуникативную, заключается в обмене информации между людьми;
- интерактивную, предполагающая взаимодействие общающихся людей, в процессе которого происходит не только обмен информацией, но и действиями, в которых находят свое отражение их личностные качества;
- наконец, общение имеет также и перцептивный аспект, представляющий собой восприятие и познание общающимся друг друга, что ведет к достижению взаимопонимания и сближению позиций.

Общение как сложное многостороннее явление может рассматриваться, с психологической точки зрения, как процесс полисубъектного взаимодействия с целью установления контактов, обмена информацией и осуществления взаимного влияния субъектов при выполнении деятельности и поведения в едином социокультурном пространстве.

Общение включает в себя обмен информацией, мыслями, эмоциями, духовными ценностями. Оно может, происходит как в форме диалога, так и в форме монолога.

Главный результат общения – доверие, возникающее между людьми. Потребность в общении – это базовая потребность человека. В общении мы

можем высказать свое мнение по той или иной теме, найти своих единомышленников.

Как и всякое сложное явление, общение имеет свои мотивы, средства, способы и виды.

Мотивы общения могут быть личные и социальные. Личные мотивы связаны с субъективными психологическими состояниями людей, с их поведением и деятельностью, а также с теми событиями и явлениями, которые имеют место в их жизни. Социальные мотивы обусловлены статусом личности в обществе, ее социальными функциями, предписывающими устанавливать контакты и взаимодействовать с людьми определенной категории в соответствии с должностными обязанностями [10].

Средства общения бывают вербальные и невербальные. Основным средством общения является язык, с помощью которого мы можем выразить, систему словесных знаков, которыми люди обозначают предметы и явления окружающего мира и своё собственное состояние. Невербальные средства общения являются вспомогательными и применяются как дополнительные к языковым средствам. Это мимика, пантомимика, жесты, прикосновения и т.д.

Способы общения могут быть непосредственными и опосредствованными. Непосредственное общение происходит при помощи различного рода движений головой, туловищем, конечностями, речевых органов и говорит о непосредственном восприятии идущей от субъекта информации. Опосредствованное общение предполагает применение специальных средств для установления контакта и обмена информацией с помощью знаков, символов, радио, телевидения, светофоров и т.д.

Виды общения бывают: материальные, символические, речевые и ролевые.

Материальное общение - это древний способ обмена информацией, которая может быть сообщена как при помощи естественных природных объектов, так и предметов, созданных человеком. Естественные объекты и

живые существа несут определенную информацию в связи с их способом существования и свойствами им присущими [3].

Речевое общение дает возможность получать разностороннюю и обобщенную информацию о внешнем мире и о субъективных состояниях индивида, о его мыслях, чувствах, желаниях, мечтах и идеалах. Речевое общение происходит через слова. Оно может быть устным и письменным. Устное речевое общение может, происходит как при непосредственном контакте двух или нескольких индивидов, так и при помощи специальных аппаратов, воспроизводящих звуковую речь человека (радио, телефон, магнитофон, телевидение и т.п.).

Письменное речевое общение основано на использовании графических знаков и образов слов, которые являются продуктом трансформации звуковых и моторных образов слов. Благодаря письменной речи человек может получить информацию независимо от времени и расстояния о происходящих событиях и чувствах человека в прошедшем времени и не только.

Ролевое общение происходит при выполнении людьми своих социальных функций. В официальных группах ролевое общение имеет должностной характер, в не официальных – межличностный. В неформальных группах ролевое общение имеет неофициальный характер и его форма зависит от психических свойств общающихся и от межличностных отношений, которые существуют между ними.

1.2 Психологическая характеристика детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

Виды нарушений опорно-двигательного аппарата:

- заболевания нервной системы – детский церебральный паралич (ДЦП), полиомиелит;

- врожденная патология опорно-двигательного аппарата – врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость, аномалии развития позвоночника (сколиоз), дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное уродство);

- приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата – травматические повреждения спинного мозга, головного мозга, конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (рахит, хондродистрофия).

Основное нарушение – утрата или дефицит двигательных функций.

Так, например, С. М. Попов выделил психологические особенности лиц с нарушениями ОДА в зависимости от группы инвалидности [16]:

1. Инвалиды I группы с детства - психологически наименее благоприятный контингент. Самооценка их низкая, отношение к людям противоречивое. С одной стороны, им свойственна эмоциональная незрелость, с другой - их тяготит положение опекаемых.

2. Инвалиды II группы с детства отличаются относительной психической стабильностью. В них выше, чем у других инвалидов, самооценка; они чувствуют себя наиболее лично сильными, менее выраженная депрессивность. В этой категории инвалидов межличностные отношения вообще стабильные и благополучные, они не выглядят отгороженными, изолированными от других людей. Эти инвалиды лучше улавливают нюансы взаимоотношений с окружающими, наиболее пластичны в общении. Правда, за этим внешним благополучием стоит, как показали исследования, индифферентность, безразличие к окружающим, недостаточная эмоциональная включенность в отношения с товарищами. Характерной для них является установка в своеобразное сотрудничество с инвалидами других нозологий, деление на "своих" и "чужих", причем "чужие" сознательно оцениваются ниже, чем инвалиды со "своим" заболеванием. Такая установка, конечно, затрудняет общение.

3. Инвалиды III группы с детства вследствие нарушений опорно-двигательного аппарата, казалось бы, из-за незначительности выраженности дефекта должны наилучшим образом приспособиться к жизни в обществе. Однако в действительности все это прямо противоположное: в этих инвалидов оказывается значительная психологическая дезадаптация, их самооценка противоречива. Внешне, на осознанном уровне она завышена, однако это лишь компенсация глубоко лежащего, неосознанного чувства неполноценности, отличия от других. Их общее отношение к окружающим более негативное, чем у инвалидов I и II группы с детства. При этом их межличностное восприятие меньше дифференцированное, они менее пластичны в межличностных контактах. Такое психологическое неблагополучие инвалидов III группы с детства объясняется их неопределенным, "промежуточным" положением между больными и здоровыми людьми.

4. Особую категорию составляют инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, приобретенными во взрослом возрасте. Эти люди пережили кризис, деформацию привычных отношений с окружающим миром. В них, как и у инвалидов III группы с детства, общее отношение к окружающим отрицательное, чем у других категорий инвалидов. Особенно сложные и противоречивые их отношения с близкими людьми. Настораживает в них их пассивность, неверие в возможность что-либо изменить [17, с. 539].

Коротко остановимся на характеристике некоторых нарушений опорно-двигательного аппарата [36].

1. Полиомиелит - заболевание, вызываемое вирусом, который поражает серое вещество спинного мозга, и получило название от локализации воспалительного процесса в передних рогах спинного мозга. Однако при полиомиелите страдают также ядра ствола, кора больших полушарий, подкорковые образования, мозжечок, мягкие мозговые оболочки.

Вирус попадает в организм человека через грязные руки, зараженные пищевые продукты, мухи также могут переносить вирус. Существует определенная сезонность заболевания - преимущественно летний период. Болеют преимущественно дети первых лет жизни [60].

Клинически полиомиелит проявляется вялыми параличами. Характерная чрезвычайная мозаичность и асимметрия поражения. При двустороннем параличе или парезе изменения обычно более выражены с одной стороны. При полиомиелите ребенок имеет двигательные расстройства, наиболее выраженные в проксимальных отделах конечностей. Активные движения ребенок выполнит прикладывая значительные усилия, амплитуда их обычно ограничено из-за мышечную слабость. Отмечаются дряблость, гипотрофия и гипотония мышц, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, наблюдается резкое нарушение опорной функции ног. Больные не могут стоять, ходить или делают это со значительными усилиями. Благодаря тотальной иммунизации детей вспышки заболевания в настоящее время отсутствуют, а единичные случаи протекают атипично [6, с.546].

2. Ампутация - это операция удаления периферического отдела конечности. Срок ампутация чаще применяется в отношении операции по удалению части конечности при пересечении ее между суставами [6, с. 546].

Ампутацию производят при полном или частичном отрыве конечности; тяжелых повреждениях, связанных с разрывом главных сосудов, нервов, раздроблением большого количества костей, мышц, при гангрене конечности, обморожениях и других заболеваниях, а также при злокачественных новообразованиях (саркома, рак).

Изучающие особенности Я-концепции взрослых инвалидов А. И.Купрева [15], в своем исследовании, пришла к следующим выводам:

1. В отдаленном периоде после ампутаций конечностей физический дефект влияет на «Я-концепцию», а именно: приводит к развитию негативного самоотношения, неприятие собственного "Я", снижение уровня

самоуважения, Самоинтерес, проявляющееся в компенсаторно завышенной самооценке. У молодых инвалидов изменится, прежде всего, эмоционально-оценочная составляющая "Я-концепции", что проявляется в снижении аутосимпатии, негативном самоотношении и повышенном самообвинении. В инвалидов старшего возраста существенные изменения происходят в когнитивной составляющей "Я-концепции".

2. В инвалидов, находящихся в отдаленном периоде после ампутаций преобладают дезадаптивные гомогенные типа отношения к собственному физическому дефекту: анозогнозичный - игнорирование, отрицание, активное отбрасывание мыслей о наличии и последствия физическому дефекту эргопатичный - уход от дефекта в работу, сверхценное, стеническими отношение к ней, и смешанные типы отношения к собственному физическому дефекту. Сочетание противоположных состояний (анозогнозии, ипохондрии, тревожности, дисфории) в смешанных типах отношений свидетельствует о противоречивости структуры личностных отношений.

3. Во внутренней картине дефекта молодых инвалидов 20-35 лет преобладает аффективно-эмоциональное отношение к собственному физическому дефекту, тогда как у инвалидов в возрасте 36-50 лет в субъективной картине дефекта преобладает рациональная оценка дефекта. Высший уровень тревожности наблюдается в группе молодых инвалидов 20-35 лет.

4. Для испытуемых с физическим дефектом типичны существенные проблемы в сфере межличностных отношений. Склонность враждебно воспринимать окружающих людей, преимущество неконструктивных типов межличностных взаимодействий, значительная идеализация близким людям усиливает их ориентацию в межличностных отношениях на узкий круг значимых людей. Это во многих случаях приводит к социальной изоляции, отмежевание от социального окружения и потери навыков конструктивного взаимодействия с ним.

По мнению Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушакова, человек, потерявший руку или ногу, страдает от того, что на ее дефект обращают внимание окружающие. У нее реже, чем при другой патологии возникает чувство отвращения к себе. Такие люди становятся уязвимыми, раздражительными, чувствительными, боятся появляться на людях, резко ограничивают контакты с окружающими, нередко рассуждают о самоубийстве. В случаях кожных изменений и деформаций лица у пациентов с перечисленными психологических проявлений присоединяется чувство стыда, брезгливости и опасения, что окружающие станут избегать их в силу страха заразиться [27, с.277].

3. Детский церебральный паралич (ДЦП) - это непрогрессирующее двигательная неполноценность, вызванная аномальным развитием или повреждением формирующегося головного мозга. Детский церебральный паралич - это скорее характерный тип нарушений нервно-мышечного развития, чем болезнь [41].

Основу клинической картины ДЦП составляют двигательные расстройства - параличи, насильственные движения, нарушение координации движений. Нарушается онтогенетическая последовательность двигательного развития, активизируется патологическая тоническая рефлекторная активность, приводит к повышению мышечного тонуса и формированию патологических поз. Распадается формирования механизмов поддержания равновесия при стоянии и ходьбе, формируется патологический двигательный стереотип, неправильные установки туловища, конечностей, а позже - контрактуры и деформации.

Причины (25%) связаны с генетическими недостатками развития (например, мутации, хромосомные aberrации). Причины (50%>) связаны с недоношенностью, травмами или ятрогенными последствиями (врачебная ошибка). Причины (5%) обусловлены инфекциями. Этиология 20% случаев остаются неизвестными. Вероятно, что многие случаи детского церебрального паралича вызваны "набором" многих неблагоприятных

факторов. Детский церебральный паралич - это лишь одна из нескольких инвалидностей, которые могут вызываться повреждением или недостатком центральной нервной системы. Другие инвалидности относятся эпилептические приступы, умственная отсталость, сенсорные нарушения и другие проявления. Двигательная неполноценность часто доминирует, притупляется внимание и скрываются нарушены умственные способности у лиц с детским церебральным параличом.

Таким образом, в основе характеристики нарушений данной категории лиц лежат различные расстройства двигательного аппарата, вызванные недоразвитием или повреждением центральной нервной системы.

Подробнее рассмотрим особенности психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата на примере ДЦП. Нарушение развития психических функций детей с ДЦП сложное и разнообразное, часто обуславливается тем, степенью и локализацией мозгового поражения. При этом захворинни не существует четкой взаимосвязи между тяжестью двигательных и психических нарушений, так тяжелые двигательные расстройства могут быть объединены с задержкой психического развития. Кроме нарушения в моторном развитии ребенка могут наблюдаться и речевые и сенсорные дефекты. Однако важную роль в генезисе психических нарушений играют степень ограничения деятельности, особенности социального и в первую очередь семейного окружения. Детский церебральный паралич имеет различные формы, коротко раскроем их (классификация форм по К. А. Семеновой) [17, с. 77]:

1. Спастическая диплегия - наиболее распространенная форма ДЦП, известная под названием болезни или синдрома Литтля. При данной форме в значительной степени поражены ноги, однако ребенок может научиться частично обслуживать себя. Также у детей наблюдается задержка психического развития, 30-35% детей страдают умственной отсталостью в степени нерезко выраженной дебильности. В 70% - наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии.

2. Гемипаретична форма - в 80% случаев развивается у ребенка в раннем постнатальном период. При данной форме поражена одна сторона тела: левая при правостороннем поражении мозга и права при поражении преимущественно левого полушария. Чаще всего при данной форме труднее поражается верхняя конечность. В 25-30% детей наблюдается дебильность, у 40-50% - вторичная задержка умственного развития.

3. Гиперкинетическая форма - у ребенка наблюдается гиперкинезы, мышечная ригидность шеи, тулоба, ног. Несмотря на тяжелый двигательный дефект и ограниченную возможность самообслуживания, уровень интеллектуального развития при данной форме ДЦП, выше чем предыдущие. В 10% случаев наблюдается тугоухость.

4. Двойная гемиплегия - наиболее тяжелая форма ДЦП. Кроме тяжелых двигательных нарушений (поражение нижних и верхних конечностей), наблюдаются тяжелые речевые нарушения, выраженное снижение интеллекта.

5. атоническая-астатическая форма - встречается значительно реже других форм, характеризуется снижением мышечного тонуса, нарушением координации движений, равновесия. Наблюдается недоразвитие речи и интеллекта [27, с.277]

Ряд таких российских ученых как, С. П. Дуванова, Н. Б. трофи-ва, Н. М. Трофимова, Т. Ф. Пушкина выделили особенности структуры интеллектуального дефекта при ДЦП:

1. неравномерно снижен запас сведений и представлений об окружающем мире. Это обусловлено несколькими причинами:

- вынуждена изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с отсутствием или трудностями передвижения;

- затруднения познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;

- нарушение сенсорных функций.

2. Неравномерное, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, то есть нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранения третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, в других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

3. Выраженность психоорганических проявлений - замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличается низкой познавательной активностью, проявляющейся в отсутствии интереса к задачам, слабой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность частично связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных задач. Наиболее четко оно проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках [86, с. 216].

ДЦП входит в более широкую категорию нарушений развития, включающую в себя нарушения опорно-двигательного аппарата: недостатки мышечной, скелетной систем и определённые состояния ЦНС. В зарубежных психолого-педагогических исследованиях применяется термин "ограниченные физические возможности", которым объединяют детей с указанными ортопедическими недостатками и детей с хроническими соматическими заболеваниями нуждающихся в длительном пребывании в лечебных учреждениях. Наиболее изучены дети с ДЦП.

ДЦП проявляется в среднем у 6 детей на каждую тысячу. Возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. Проявляется ДЦП в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений.

ДЦП – группа двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля ЦНС за произвольными движениями, т.е. объединяются синдромы двигательных расстройств, возникающие в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза. ДЦП – резуидального характера (не имеет прогрессирующего течения). Но: с возрастом морфо-функциональные взаимоотношения головного мозга приобретают патологический характер, что приводит к проявлениям нарушений двигательных, речевых и других психических функций. Выражены явления декомпенсации, определяющиеся нарастающим несоответствием между возможностями повреждённой ЦНС и требованиями окружающей среды, возрастающими по мере роста ребёнка. Явления декомпенсации усиливаются осложнениями двигательных расстройств различными патологическими и психопатологическими синдромами: гипертензионно-гидроцефальный, судорожный, вегетативно – висцеральных дисфункций, стойкий церебрастенический синдромы.

Причины: внутриутробное или перинатальное повреждение головного мозга под влиянием неблагоприятных факторов: асфиксия в родах, родовая травма, генетический фактор (2-3%). Тяжесть – различна: двойная гемиплегия, спастическая дисплегия, гемипарезы, атонически – астатическая форма, смешанный характер нарушений.

Двойная гемиплегия– тяжёлое поражение всех четырёх конечностей, причём руки иногда поражаются сильнее, развитие двигательных и психических функций крайне затруднено.

Спастическая дисплегия– поражаются преимущественно ноги, руки – в меньшей степени. При своевременном комплексном лечении и психолого-

педагогической работе большинство детей осваивают ходьбу, развивается речь, познавательные функции, многие способны к обучению в школе по общеобразовательной программе.

Гемипарезы – односторонние двигательные нарушения, руки поражаются сильнее. Это гиперкинетические формы ДЦП: произвольные движения затруднены из-за насильственных движений, тонических спазмов в мышцах, не развивается манипулятивная деятельность, навыки самообслуживания. Тяжёлые недостатки звуко-произносительной стороны речи нередко сочетаются с нарушениями слуха.

Атонически-астатическая форма ДЦП – недостаточная координация движений, несформированность реакций равновесия, низкий мышечный тонус во всех группах мышц, недоразвитие выпрямительных рефлексов. Имеются стойкие дефекты звукопроизносительной стороны речи, различные по структуре нарушения психического развития.

У многих детей – смешанный характер заболевания с сочетанием различных двигательных и речевых расстройств.

Нарушения психики при ДЦП. Нарушаются: познавательная деятельность, эмоционально-волевая сфера и личность. Речевые нарушения при ДЦП: дизартрия, ОНР, алалия, нарушения письменной речи. Обучение при сохранном интеллекте происходит по программе массовой школы. Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлиники.

Особенности психического развития детей с ДЦП.

Замедленный, часто неравномерный темп психического развития с диспропорциональностью в формировании отдельных психических функций, дизонтогенез психического развития церебрально-органического генеза, включающая основные варианты:

- локальный дизонтогенез отдельных высших психических функций (речи, пространственных представлений, различных видов гнозиса, праксиса, внимания, памяти и др.);
- нарушения умственной работоспособности;

- нарушения произвольной регуляции психической деятельности;
- специфическая задержка психического развития: сочетание представленных выше нарушений СС стойко ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем и специфическими особенностями мыслительной деятельности, обуславливающими замедленное усвоение нового материала.

Для детей с ДЦП характерны нарушения умственной работоспособности, локальные нарушения высших психических функций, отставания эмоционально – волевой сферы, ограниченный запас знаний, нарушения моторики, зрительно – моторной координации, несформированность пространственных представлений, слабость кинетических ощущений, нарушения речевой моторики, слабая мотивация психической деятельности, неразвитая произвольность и самооценка, дефекты мыслительной деятельности.

Родители часто способствуют усугублению нарушений: гиперопека, недостаточное внимание к развитию психики, интеллекта, потакание желаниям ребёнка: отказ от умственного напряжения, при малейшем утомлении – отказ от выполнения заданий.

Для детей с церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой сферы. Эмоциональные расстройства при различных формах ДЦП проявляются по-разному. По мнению, Е. С. Калижнюк и В. В. Ковалева, это могут быть тяжелые негроподибни нарушения и психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС, которые нередко проявляются при спастической диплегии и гемипаретичний форме ДЦП. Также И. И. Мамайчук отмечает, что у детей и подростков с ДЦП могут наблюдаться эмоциональные расстройства в связи с наличием физического дефекта, воспитанием по типу гипер опеки или ранней социальной и психической деривации [24, с. 135]. Как отмечают С.П. Дуванова, Н. Б. Трофимова и другие ученые, эмоциональные расстройства в одних детей проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости,

раздражительности, двигательная расторможенность, в других -в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостный, приподнятое настроение со снижением критики (эйфория) [16, с. 218].

У детей с церебральным параличом своеобразная структура личности. Достаточный интеллектуальный развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Ученые А. М. Мастюкова и К. А. Семенова считают, что наиболее характерной особенностью личности ребенка с церебральным параличом есть черты своеобразного психического инфантилизма.

По своей структуре этот инфантилизм ближе всего к так называемому органического наряду с чертами психики, которые свойственны детям более младшего возраста (эгоцентризм, лабильность, недостаточная глубина эмоций, повышенная внушаемость и зависимость от окружающих), у этих детей оказываются более выраженные нарушения интеллектуальной деятельности с инертностью психических процессов и недостаточностью логического мышления. Наряду с чертами незрелости в отдельных суждениях и интересах могут отмечаться элементы солидности, рассудительности. Наряду с преимуществом игровых интересов могут иметь место расторможенность и патология поездок [16, с. 230].

Исследуя особенности формирования Я-образа в школьников с церебральным параличом А. В. Романенко обнаружила, что своеобразие формирования Я-образа в школьников с церебральным параличом обусловлена особенностями взаимодействия трех основных факторов: во-первых, биологическим фактором, поскольку при детском церебральном

параличе нарушается интеграция сенсорной информации, поступающей извне и изнутри и интерпретируется мозгом. Это становится препятствием при формировании различного вида представлений, составляющих Я-образ личности. Во-вторых, функциональным фактором, определяется степень дефицитарности двигательной сферы, ограниченностью возможностей больного ребенка к активному познанию окружающего мира и ее взаимодействия с ней. В-третьих, социальным фактором, который объединяет в себе как психотравмирующий характер общения с социумом, так и особенности реагирования на свой физический дефект, его субъективную значимость для ребенка. В ходе исследования она пришла к выводу, что у школьников с церебральным параличом отмечается более низкая степень развития когнитивного компонента Я-образа по сравнению со здоровыми сверстниками. Это проявляется в замедленной динамике формирования понятий, составляющих Я-образ личности, в неадекватности их понимание, слабой обобщенности и дифференцированности. Причинами когнитивной упрощенности Я-образа является как недостаточность условий для полноценного развития вследствие двигательного дефекта, так и защитно-компенсаторного вытеснения травмирующего для личности осознание собственных качеств [59].

Так, детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведет не лишь к двигательных нарушений, да и вызывает задержку или патологию умственного развития, языковую недостаточность, нарушения слуха, зрения и так далее. У детей с церебральным параличом достаточный интеллектуальный развитие часто сопровождается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Все это свидетельствует о своеобразном дисгармоничны психическое развитие ребенка с ДЦП.

Нередко для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата характерна слабая познавательная активность, частично обусловлена недостаточностью коммуникационных функций. Особенно остро стоит эта

проблема в подростковом возрасте, поскольку физические и речевые дефекты препятствуют подростку с ограниченными возможностями полноценно общаться со сверстниками. По мнению Т. Скрипник, в развитии личности ребенка с ограниченными возможностями есть два типа препятствий. Первый тип - это определенные физические, физиологические или психические расстройства ребенка, второй - вторичные явления, такие как собственная неполноценность, отчужденность [48].

Вообще классифицируя коммуникативные барьеры, которые препятствуют успешному общению Б. Д. Парыгин выделяет два вида социально-психологических барьеров: 1) внутренние барьеры личности, которые связаны с такими образованиями, как нормы, установки, ценности, а также с личностными особенностями - ригидность, конформность и так далее; 2) барьеры, причина которых - вне личности: непонимание со стороны другого человека, дефицит информации и т.д. [13].

Л. Е. Орбан-Лембрик выделяет макро- и микробарьеры коммуникации. Макробарьеры связанные с внешней средой, в котором осуществляется коммуникативный процесс, и оказываются в информационном перегрузке, разнообразии носителей, перегрузке информацией, что приводит к обесцениванию ее содержания, умении пользоваться информацией. Микробарьеры - это специфические коммуникативные барьеры. Причинами их возникновения могут быть особенности интеллекта тех, кто общается; неодинаковое знание предмета разговора; различные лексикон и тезаурус (совокупность понятий из определенной области знаний); отсутствие единого понимания ситуации общения; психологические особенности партнеров; социальные, политические, профессиональные, религиозные различия и т. Эти барьеры зависят от индивидуальных особенностей участников коммуникации, от умения собеседников перекодировать мысли в слова, слушать и концентрировать внимание. Причины коммуникативных барьеров, считает Л. Е. Орбан-Лембрик, могут скрываться в содержательных и формальных характеристиках самого сообщения (фонетических,

стилистических, семантических), а также в логике построения, то есть необходимость рассмотреть такие барьеры подробнее. Логический барьер возникает когда партнеры не находят общего языка. Фонетический - препятствие, которое создается особенностями языка говорящего, возникает тогда, когда участники коммуникативного процесса разговаривают на разных языках и диалектах, имеют существенные дефекты языка и дикции, искаженную грамматическое построение высказываний. Семантический барьер возникает из-за отсутствия совпадения в системах значений партнеров по коммуникации - тезауруса, то есть лингвистического словаря языка, с полной смысловой информацией. Этот барьер - есть во-первых, проблема жаргонов и говоров, во-вторых, он вызывается ограниченным лексиконом у одного из собеседников, в-третьих, его причинами могут быть социальные, культурные, психологические, национальные, религиозные, профессиональные, групповые и другие особенности общения. Стилистический барьер возникает при несоответствии стиля речи коммуникатора и ситуации общения или стиля речи и актуального психологического состояния реципиента. Он может возникнуть и при условии, что форма коммуникации и ее содержание не соответствуют друг другу, также когда информация передается научно-канцелярских стилем, который понятен при чтении и затруднен в слуховом восприятии [14].

Б. Поршнева выделяет три формы коммуникативных барьеров: избегание, авторитет, непонимание. Ухода - уйти от нежелательной информации и ее влияния возможно как физически, так и психологически. Второй барьер - авторитет предусматривает, что информация попадает в сознание, но на этом пути она существенно обесценивается через субъективное снижение авторитетности ее источника, то есть, в конце концов становится ненадежной и малозначительным. Непонимание, как коммуникативный барьер, является самым тонким способом снизить влияние информации путем ее искажения до неузнаваемости, предоставление ей нейтрального смысла [14].

По барьеров взаимопонимания Е. И. Головаха и Н. В. Панина выделяют интеллектуальные, эмоциональные, эстетические и мотивационные барьеры.

1.3 Особенности направленности на общение у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

У детей с ДЦП функция общения развивается неравномерно, в отличие от здоровых детей. Наиболее развитыми при ДЦП оказываются мотивы, формы и потребности общения. Последнее место занимают средства общения. Нарушение артикуляции и координации движений неблагоприятно отражается на процессе общения со взрослым. Также отрицательно сказывается на общении неспособность выразить собственное эмоциональное состояние [13, с. 50].

В отличие от здоровых детей дети с ДЦП ведут себя пассивно и не проявляют особого желания к сотрудничеству со взрослым. Они не стремятся по собственной инициативе к общению, но при настойчивом побуждении и поддержке устанавливают контакты. При обращении к ним взрослого дети обмениваются впечатлениями и периодически ищут поддержки и внимания взрослого. Экспрессивно-мимической речью, в отличие от здоровых детей пользуются крайне редко, чаще употребляют жесты.

Детям, страдающим ДЦП, требуются побуждения взрослого, для того, чтобы принять участие в процессе общения. Их действия с игрушками и предметами носят одиноличный характер, редко появляется желание действовать совместно со взрослым или подражать его действиям. Дети не обращают внимания на взрослого, игрушка или какое –нибудь новое занятие интересуют их больше, чем вступление в контакт со взрослым. Не наблюдается активного стремления разделить игру с партнером или обратиться к нему.

Экспрессивно-мимические средства общения, оживленный взгляд, двигательные спонтанные реакции появляются не сразу и являются кратковременными, монотонными и маловыразительными. В процессе общения дети с ДЦП предпочитают использовать жесты, сопровождают их резкой мимикой и гримасами подчеркнуто восклицательного характера, выражая, таким образом, свои эмоции (например, вместо слова «дай» дети используют гримасы, как бы разговаривая сами с собой). Установление контакта со взрослым происходит только при его инициативе и поддержке. Слабо проявляется эмоциональное состояние или желание поделиться впечатлениями.

Таким образом, у детей с ДЦП формируются те же мотивы и формы общения, что и у здоровых детей. Однако потребность в общении выражена менее интенсивно. Это можно объяснить как естественной гиперопекой взрослых по отношению к больному ребенку, так и слабой познавательной активностью детей, обусловленной сенсомоторной недостаточностью и социальной изоляцией в домашних условиях. Отставание в развитии средств общения связано также с малой коммуникативной активностью ребенка с ДЦП и с недостаточным развитием функций, включающих моторные компоненты [20, с. 277].

Дети с церебральным параличом в дошкольном и школьном возрасте обычно еще менее многословны, и их ответы менее разнообразны.

Пять типов коммуникативных нарушений при ДЦП:

- связанных с нарушением движений;
- связанных с нарушением мозга;
- из-за длительной госпитализации;
- из-за социально-эмоциональных проблем;
- в связи с физическим дефектом.

Нарушение дыхания, работы мышц гортани и горла, артикуляторных мышц отрицательно влияет на формирование плача, гуления и лепета в доречевой период.

Основные факторы, влияющие на формирование коммуникативных навыков:

- ослабленная когнитивная деятельность;
- отсутствие коммуникативного опыта.

Когда ребенок с двигательными нарушениями пытается начать разговор, ему приходится сталкиваться с разными сложностями. Кроме того, ему сложно зачастую установить контакт, так как нередко его взгляды, движения, слова бывают неверно поняты. После неудач в контактах у детей с ДЦП редко появляется желание инициативы.

Двигательные нарушения влияют и на невербальное общение. Если руками невозможно делать понятные жесты, передача сообщений усложняется. Навыки невербального общения будут развиваться только тогда, когда окружающие встретят подобные попытки с пониманием.

Впервые в специальной психологии описание развития личности ребенка с дефектом было дано Л.С.Выготским. Он убедительно показал, что любой дефект, любой телесный недостаток является фактором, в известной степени изменяющим отношения человека с окружающим миром, что в результате дает «социальную ненормальность поведения». Следовательно, психологическим фактом двигательный недостаток при ДЦП становится только тогда, когда человек вступает в общение с отличающимися от него здоровыми людьми.

Нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений в формировании личности у детей с патологией опорно-двигательного аппарата и при отсутствии или недостаточно квалифицированной психолого-педагогической коррекции могут вызвать появление негативных черт характера [41, с. 27].

Исследования, проведенные в Швеции и Канаде в начале 60-х годов прошлого века показали, что ограниченный характер общения детей с проблемами со своими ровесниками коррелировал со степенью замкнутости семьи, а также со степенью выражения отклонений в развитии ребёнка. Одна

из причин возникновения этих ограничений является нарушение общения детей с физическими недостатками со здоровыми. Данная причина является достаточно сложной и неоднозначной из-за нарушения речи у некоторых подростков и искажения невербальных средств их общения. Таким образом, процесс развития коммуникативных качеств подростка с физическими недостатками по сравнению со здоровыми детьми будет достаточно различаться. Это подтверждает и исследование А. Н. Усановой [16], которая выделяет различия, которые могут возникнуть в микросоциума ребенка с отклонениями по сравнению со здоровыми детьми. В частности, первый круг микросоциума - семья, в проблемного ребенка может быть пустым (неполная семья, родители с девиантным поведением и т.д.) чаще, чем у здорового. Второй круг - друзья, для проблемного ребенка имеет много ограничений. Третий круг - дети из общественных групп, значительно уже чем у здоровых, особенно для детей с тяжелыми нарушениями. Четвертый круг - взрослые, которые помогают ребенку, является наиболее наполненным, потому что, эти дети нуждаются в помощи взрослых, а именно врачей, учителей, психологов, социальных работников и др. Таким образом, можно сказать, что, основная особенность модели микросоциумов ребенка с ограничениями в том, что общение со сверстниками имеет тенденцию к сокращению, а со взрослыми - к расширению. Считаем, что данный факт своеобразно, а иногда и негативно влияет на развитие коммуникативных качеств подростков с физическими недостатками.

А. М. Мастюкова также указывает на то, что одной из причин нарушений общения у детей с отклонениями в развитии может быть установка родителей на изоляцию ребенка от коллектива здоровых сверстников. Поэтому важно, чтобы родители расширяли круг общения ребенка [25].

Как отмечает Т. С. Баранова, группа сверстников - это тот индикатор, то социализирующий фактор, когда становится ясно, каким путем пойдет подросток - социализации или десоциализации. Общение с теми, кто

обладает таким же, как у него, жизненным опытом (второй), дает возможность подростку смотреть на себя по-новому. Именно из-за дружбы он усваивает черты высокой взаимодействия людей: сотрудничество, взаимопомощь, риск ради другого и так далее. Дружба в этом возрасте, благодаря стремлению подростков к взаимной идентификации повышает конформность в отношениях [10]. Увы, большинство подростков из физическими недостатками лишены полноценного общения, которое имеет искривленный характер. В перспективе полноценное общение со сверстниками в подростковом возрасте гораздо существеннее для сохранения психического здоровья, чем такие факторы, как умственное развитие, школьная успеваемость или взаимоотношения с педагогами.

Одной из задач коррекционной работы школьного психолога является формирование коммуникативных качеств подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Раскрывая основные коммуникативные качества личности в пределах общения как целостной системы мы базировались на взглядах А. Лабунской, Л. Е. Орбан-Лембрик.

Во-первых, экспрессивно-речевые качества, которые предусматривают наличие и характер вербальных и невербальных проявлений. Например, визуальный контакт, экспрессия лица, проксемика, такесика и так далее. Во-вторых, социально-перцептивные качества, которые представляют собой шаблонность восприятия партнера, оценка его чувств и настроения, соотношение действий и поступков партнера с его личностными качествами и так далее. В-третьих, инструментальные-умения и навыки партнеров в организации взаимодействия, например, неумение партнера вовремя выйти из общения, аргументировать свои замечания и пожелания, стремление занять в общении главную позицию, делать выводы о партнере на основе его внешности, отношение партнеров друг к другу, а также представление о таких характеристиках общения как количество партнеров, их возраст, пол, социальный статус и так далее. Совокупность вышеприведенных

коммуникативных качеств общения и их особенности составляют тот или иной "портрет партнера общения» [11, с. 369].

Таким образом, четкое осознание и выделение направленности на общение подростков с физическими недостатками позволяет школьному психологу учитывать их в своей дальнейшей работе с данной категорией лиц. Чем больше тех или иных коммуникативных барьеров возникает в процессе развития личности подростками с физическими недостатками, тем организованнее и целенаправленно должна быть коррекционная работа школьного психолога.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Анализ исследовательских работ в области психологии, посвященных вопросу развития направленности личности, позволяет сделать вывод о том, что одной из центральных категорий психологической науки является направленность на общение, которое представляет собой сложную систему взаимосвязанных компонентов.

Общение в рамках нашей работы мы определяем как основополагающий элемент личности, определяющий восприятие и оценку индивидом своих особенностей, оказывающий влияние на поведение индивида, его взаимодействия в социуме и действия, направленные на себя. В структуре общения мы выделяем коммуникативный, интерактивный и перцептивный аспекты.

Направленность на общение формируется на протяжении всей жизни человека с учетом влияния различных внешних и внутренних факторов, среди которых помимо прочих можно выделить возрастные и физиологические особенности индивида.

Одним из ключевых периодов становления личности в целом и направленности на общение в частности является подростковый возраст, когда происходят серьезные трансформации личности ребенка. В этом

возрасте открывается и обретает особую ценность внутренний мир, развивается эмоциональная сфера, формируются представления о своем месте в социальной среде и в сравнении с другими людьми. На новый уровень выходит оценка самого себя и оценка окружающего мира, проявлений характера, поведения, мотивов в деятельности, а также психических и физиологических особенностей.

Особенности направленности на общение подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата требует особого внимания, а развитие таких детей должно сопровождаться специальной помощью для создания условий полноценного, насколько это возможно, личностного развития подростка в целом и направленности на общение в частности. При этом построение любой работы с подростками в области направленности на общения должно основываться на диагностике его особенностей с помощью специальных методик, которые позволяют оценивать различные составляющие этого сложного личностного образования.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАПРАВЛЕННОСТИ НА ОБЩЕНИЕ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

2.1. Этапы и методы исследования

Исследование проводилось в период с февраля 2017 по апрель 2017 года.

В исследование принимали участия 14 детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и 13 детей не имеющие инвалидность в возрасте 14-16 лет. Дети не имеющие инвалидность обучаются в школе, расположенной по адресу: г. Красноярск, ул. Алексева, 22 дом. А дети – инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата ходят в Центр социальной помощи семье и детям "Надежда".

Исследование проводилось в три этапа.

На первом этапе нами изучалась научная литература по проблематике исследования, определялись основные положения, уточнялись гипотеза и задачи исследования.

На втором этапе работы определялись методики диагностики и последовательность их использования, проводилось эмпирическое исследование особенностей направленности на общение подростков. Осуществлялась проверка выдвинутой гипотезы.

На заключительном третьем этапе нами анализировались и обобщались результаты исследования, интерпретировались полученные данные, на основе чего были сформированы рекомендации.

Методы исследования:

1. Опросник тревожности (Филлипс);
2. Определение направленности личности (ориентационная анкета) (Б. Басс);
3. Опросник психологического благополучия личности (методика К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко, 2015);

4. Комплексная психологическая диагностика общенная (КПДО) (Акопов Г.В., Семенова Т.В.).

Методика диагностики уровня школьной тревожности (Филлипс).

Цель методики (опросника) состоит в изучении уровня и характера тревожности, связанной со школой у детей младшего и среднего школьного возраста.

Состоит из 58 вопросов, которые могут зачитываться школьникам, а могут и предлагаться в письменном виде. На каждый вопрос требуется однозначно ответить “Да” или “Нет”.

Инструкция: “Ребята, сейчас Вам будет предложен опросник, который состоит из вопросов о том, как Вы себя чувствуете в школе. Старайтесь отвечать искренне и правдиво, здесь нет верных или неверных, хороших или плохих ответов. Над вопросами долго не задумывайтесь.

Отвечая на вопрос, записывайте его номер и ответ “+”, если Вы согласны с ним, или “-”, если не согласны”.

Ознакомиться с вопросами методики можно в приложении А.

С помощью ключа (приложение Б) обрабатываются результаты, которые заносятся в таблицу. Показателями тревожности служит процент тревожных утверждений по отношению к числу общих утверждений в тесте.

Определяется уровень тревожности:

- 0 – 25%, низкий уровень;
- 26 – 50%, средний уровень;
- 51 – 100%, высокий уровень.

Определение направленности личности (ориентационная анкета) (Б. Басс). Испытуемому предоставляется анкета из 27 пунктов, в каждом представлены три варианта ответов, которые соответствуют трем видам направленности личности. Он должен выбрать два варианта ответа, сначала выбирает тот который более всего подходит ему или же соответствует действительности, следующий ответ должен быть противоположным, то есть, не соответствует действительности или же противоречив с его мнением.

С помощью методики выявляются следующие направленности: направленность на себя (Я), направленность на общение (О), направленность на дело (Д).

Цель - определение личностной направленности.

Инструкция: «Перед вами анкета, которая состоит из 27 пунктов, по каждому из них предоставлено три варианта ответов: А, Б, В. » Ознакомиться с вопросами методики можно в приложении В.

По каждому из пунктов предлагается выбрать тот, который наиболее точно соответствует мнению испытуемого. Если ему какие-то из двух вариантов ответов покажутся равноценными, тогда следует выбрать только один вариант, который наиболее близок испытуемому. Отвечающему показывают бланк ответов, где он запишет свой ответ рядом с номером соответствующего пункта (1—27) под рубрикой «Больше всего» и «Меньше всего».

Таким образом, в бланке ответов, под каждым пунктом будет стоять две буквы, а третий вариант использован не будет.

Также, отвечающим объясняется, что нет «хороших» или «плохих» ответов, поэтому отвечать надо максимально правдиво.

Испытуемым предлагается также время от времени контролировать себя: правильно ли записан ответ, рядом с теми ли пунктами.

С помощью ключа (приложение Г) обрабатываются результаты. Ответ «наиболее» получает 2 балла, «наименее» — 0, оставшийся невыбранным — 1 балл. Баллы, набранные по всем 27 пунктам, суммируются отдельно для каждого вида направленности.

Опростник психологического благополучия личности (методика К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко, 2015).

Цель - изучить психологическое благополучие личности.

С помощью данной методики можно выявить актуальное психологическое благополучие человека на данном жизненном этапе.

Инструкция: «Перед вами анкета, состоящая из 85 утверждений, на каждый из них нужно ответить по степени согласия с ним (абсолютно не согласен, не согласен, скорее не согласен, скорее согласен, согласен, абсолютно согласен). Поставьте галочку в соответствующей ячейке. Помните, что правильных или не правильных ответов не существует.»

Ознакомиться с вопросами методики можно в приложении Д.

С помощью ключа (приложение Е) обрабатываются результаты, утверждения приписывается значение в баллах, равное числовому значению ответа в бланке ответов. Часть пунктов интерпретируются в обратных значениях.

Интерпретация результатов происходит с помощью шкал:

1. Позитивное отношение с окружающими. При высоких и нормативных значениях – наличие близких, доверительных отношений с окружающими; проявляет заботу о других людях; проявляет эмпатию, любовь и близость, есть способности находить компромиссы во взаимоотношениях. При низких значениях – существует мало близких доверительных отношений; не умеет проявлять теплоту, открытость, заботу о других людях; переживает об собственной изолированности и фрустрированности; нежелание идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими.

2. Автономия. При высоких и нормативных значениях – независимость; умение противостоять социальному давлению в своих мыслях и поступках; регулирует собственное поведение и умеет оценивать себя, исходя из собственных стандартов. При низких значениях – зависит от оценки других; ориентируется на мнение других людей при принятии, каких либо решений; проявляет конформизм.

3. Управление средой. При высоких и нормативных значениях – проявляет уверенность в управлении повседневными делами; способность аффективно использовать различные жизненные обстоятельства; умение самому выбирать и создавать условия, удовлетворяющие личностным

потребностям и ценностям. При низких значениях – отсутствуют способности справляться с повседневными делами; чувство невозможности изменить или улучшить условия своей жизни; возникает чувство бессилия в управлении окружающим миром.

4. Личностный рост. При высоких и нормативных значениях – желание в постоянном саморазвития; отслеживание собственного личностного роста и ощущение самосовершенствования с течением времени; реализует свой потенциал. При низких значениях – переживание личностной стагнации; отсутствие чувства личностного прогресса с течением времени; отсутствие заинтересованностью жизнью; ощущение неспособности усваивать новые навыки.

5. Цели в жизни. При высоких и нормативных значениях – наличие целей в жизни; есть осмысленность жизнью; ощущение того, что настоящее и прошлое осмысленны; существует смысл жизни. При низких значениях – отсутствие целей в жизни; чувство бессмысленности жизни; ощущение того, что настоящее и прошлое бессмысленны; нет убеждений, придающих смысл жизни.

6. Самопринятие. При высоких и нормативных значениях – поддержание позитивного отношения к себе; признание и принятие своего собственного личностного многообразия, включающего свои как хорошие, так и плохие качества; позитивная оценка своего прошлого. При низких значениях – недовольство самим собой; разочарование в собственном прошлом; неудовлетворенность некоторыми чертами собственной личности; неприятие себя; хочет быть другим, не таким, каков есть на самом деле.

7. Баланс аффекта (описывает общую эмоциональную оценку себя и собственной жизни). Низкие и нормативные балла по данной шкале свидетельствуют о преобладании позитивной самооценки, принятии себя со своими достоинствами и недостатками; позитивная оценка таких сторон собственной личности как способность приобретать и поддерживать контакты с окружающими; уверенность в себе и собственных силах; высокое

мнение о собственных возможностях; чувство компетентности в управлении повседневными делами; общая удовлетворенность собственной жизнью. При высоких баллах – негативная самооценка; недовольство и неудовлетворенность обстоятельствами собственной жизни; негативное отношение к себе и собственной жизни; ощущение собственной никчемности и бессилия; недостаток способности поддерживать позитивные отношения с окружающими; неверие в собственные силы; недооценка собственных способностей преодолевать жизненные препятствия; усваивать новые умения и навыки.

Комплексная психологическая диагностика общения (КПДО) (Акопов Г.В., Семенова Т.В.).

Цель – изучить особенности общения (общительность, направленность личности в общение, стиль и уровень общения).

Инструкция: «Вам представлено 75 суждений, на каждый из них нужно ответить по степени согласия с ним (1 – не согласен; 2 – больше не согласен, чем согласен; 3 – не уверен, что согласен; 4 – согласен; 5 – уверенно согласен).»

Ознакомиться с вопросами методики можно в приложении Ё.

Параметры, определяющие характеристики общения:

- Общительность (Об): высокая, средняя, низкая.
- Направленность общения: когнитивная направленность (К), аффективная направленность (Аф), организационная направленность (О), «эгоцентрическая» (Я-Я, «на себя», «от первого лица») (Я), «альтруистическая» (Я-ТЫ, «на партнера», «от второго лица») (ТЫ), «контекстная» (Я-ОН,ОНА,ОНИ, «на меня», «от третьего лица»)(ОН).
- Стили общения: директивный (ДР), конвенциональный (КВ), консолидирующий(КС).
- Уровни общения: контактный (к), информационный (и), смысловой (с), рефлексивный (р).

С помощью ключа (приложение Ж) обрабатываются результаты.

При обработке данных позитивное и нейтральное утверждение оценивается прямой шкалой (1, 2, 3, 4, 5), негативное – обратной (5, 4, 3, 2, 1), т.е. 3 остается на месте, 1 заменяется на 5, 2 заменяется на 4).

Сначала необходимо подсчитать баллы по общему параметру «общительность» (Об). Для этого надо сложить баллы за первые 30 ответов анкеты (с учетом прямой и обратной шкалы). Информант, набравший менее 50 баллов, может быть отнесен к категории «необщительный», его общительность низкая (Об н); набравший от 51 до 100 баллов – «общительный», его общительность средняя (Об ср); набравший от 101 до 150 баллов – «очень общительный», его общительность высокая (Об в).

Параметр «направленность общения» определяется на основе ответов на вопросы с 31 по 48.

Характеристику общения с точки зрения модальности высчитывают по ответам на вопросы 31–39: о когнитивной направленности (К) свидетельствует сумма баллов за ответы на вопросы 31–33; об аффективной (А) – сумма баллов за ответы на вопросы 34–36; об организационной (О) – сумма баллов за ответы на вопросы 37–39.

Направленность общения с точки зрения объекта определяется так: эгоцентрическая направленность (Я) – суммой баллов за ответы на вопросы 40–42; альтруистическая направленность (Ты) – суммой баллов за ответы на вопросы 43–45; контекстная направленность (Он) – суммой баллов за ответы на вопросы 46–48.

Параметр «стиль общения» устанавливается на основе ответов на вопросы 49–57, в том числе директивный стиль (ДР) – по сумме баллов за ответы на вопросы 49–51; конвенциональный стиль (КВ) – по сумме баллов за ответы на вопросы 52–54; консолидирующий стиль (КС) – по сумме баллов за ответы на вопросы 55–57.

Параметр «уровень общения» определяется на основе ответов на вопросы с 58 по 69, в том числе контактный уровень (к) – по сумме баллов за ответы на вопросы 58–60; информационный уровень (и) – по сумме баллов за

ответы на вопросы 61–63; смысловый уровень (с) – по сумме баллов за ответы на вопросы 64–66; рефлексивный уровень (р)– по сумме баллов за ответы на вопросы 67–69.

Параметр «диалогичность» определяется на основе ответов на вопросы 70-75, в том числе внешняя диалогичность (вне) – по сумме баллов за ответы 70-72; внутренняя диалогичность (вну) – по сумме баллов за ответы 73-75.

2.2. Анализ результатов исследования

На первом этапе обработки результатов диагностики подростков проводился анализ результатов по опроснику тревожности (Филлипс). В обобщенном виде полученные данные по группам подростков, не имеющих заболеваний и подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (Приложение 3 и И) представлены в Рис. 1.

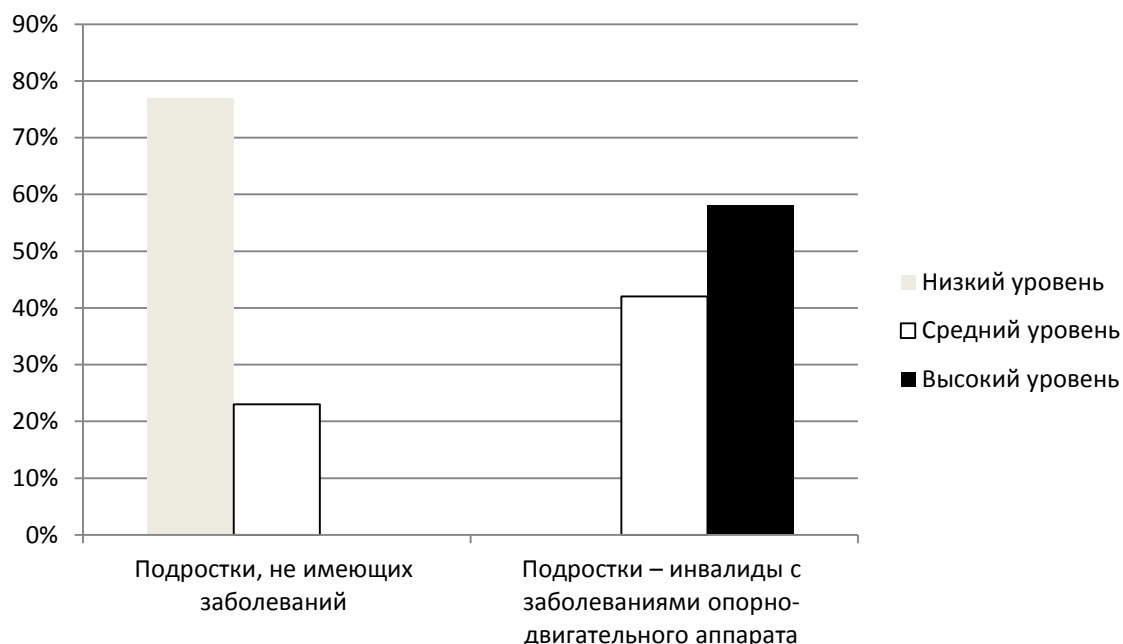


Рис. 1. Результаты исследования тревожности

Тревожность, трактуется как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожидание неблагополучия, предчувствия неприятности, опасности. У подростков тревожность возникает вследствие

противоречивых ожиданий окружающих, особенно это видно у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Так как они очень остро реагируют на оценку их внешности окружающими. Поэтому у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата уровень тревожности выше, чем у подростков, не имеющих заболеваний.

Выше сказанное подтверждается в проведенном нами исследовании тревожности и видно на Рис. 2.

Из Рис. 3 мы видим, что низкий уровень тревожности 77% выявился только, у подростков, не имеющих заболеваний, в то же время, как у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата не выявлено детей с низким уровнем тревожности 0%.

Высокий уровень тревожности выявлен только у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата 58%. В то время как у подростков, не имеющих заболеваний высокого уровня тревожности не обнаружилось.

На следующем этапе нами проводился анализ результатов подростков по методике определение направленности личности (Б. Басс) (Приложение К). Сводная информация по этому блоку исследования представлена в Рис. 2.

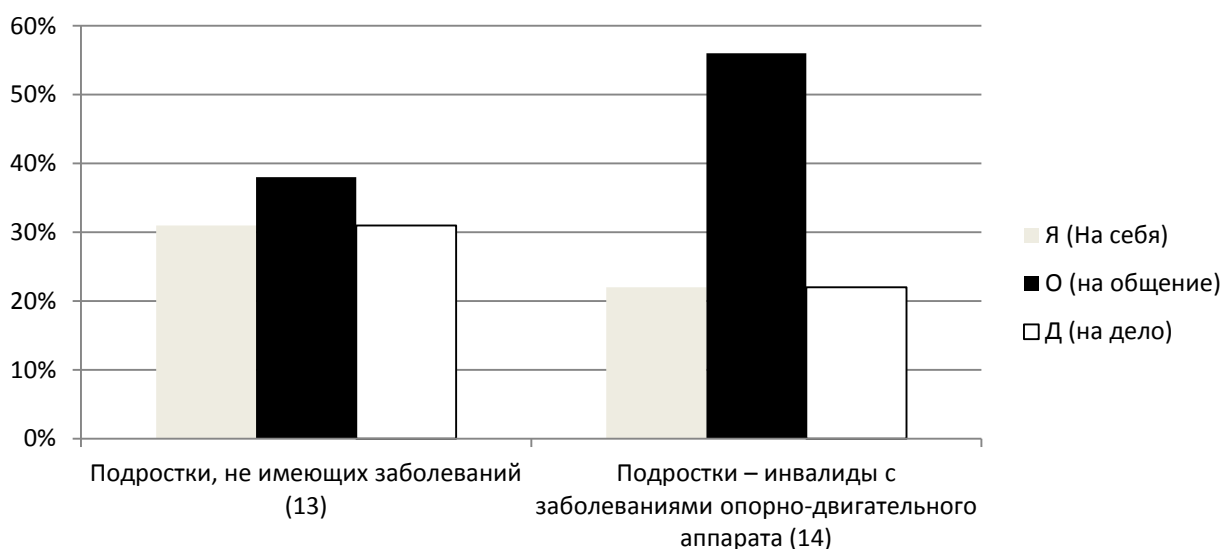


Рис. 2. Результаты исследования определения направленности личности

Одним из важных компонентов направленности личности является направленность на общение.

Из Рис. 2 мы видим, что у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата направленность на общение 56% выше, чем у подростков, не имеющих заболеваний 38%.

Эти результаты говорят, о том, что подростки – инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата стремятся к общению.

В то время как направленность на себя и на дело у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата ниже на 11%, чем у подростков, не имеющих заболеваний.

Такие данные говорят, о том, что подростки – инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата менее выражена склонность к соперничеству, ориентация на вознаграждения, менее выражении властность, а так же не стремятся к выполнению работы как можно лучше, нет желания решать возникшие проблемы, в отличие от детей, не имеющих заболеваний.

Следующей методикой оценки групп подростков стал опростник результатов исследования психологического благополучия личности (методика К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко, 2015) (Приложение Л и М). Сводные результаты представлены в Таблице 3.

Таблица 3

Результаты исследования психологического благополучия личности

Шкалы	Подростки, не имеющих заболеваний (13)		Подростки – инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (14)	
	Низкий показатель	Высокий показатель	Низкий показатель	Высокий показатель

Позитивное отношение с окружающим и	31 %	69 %	29%	71%
Автономия	31 %	69 %	29%	71%
Управление средой	31 %	69 %	58%	42%
Личностный рост	24%	76%	42%	58%
Цели в жизни	31 %	69 %	22%	78%
Самопринятие	24%	76%	29%	71%
Баланс аффекта	31 %	69 %	78%	22%

На результатах Таблицы 3, мы создали гистограмму, за основу мы взяли высокие показатели.

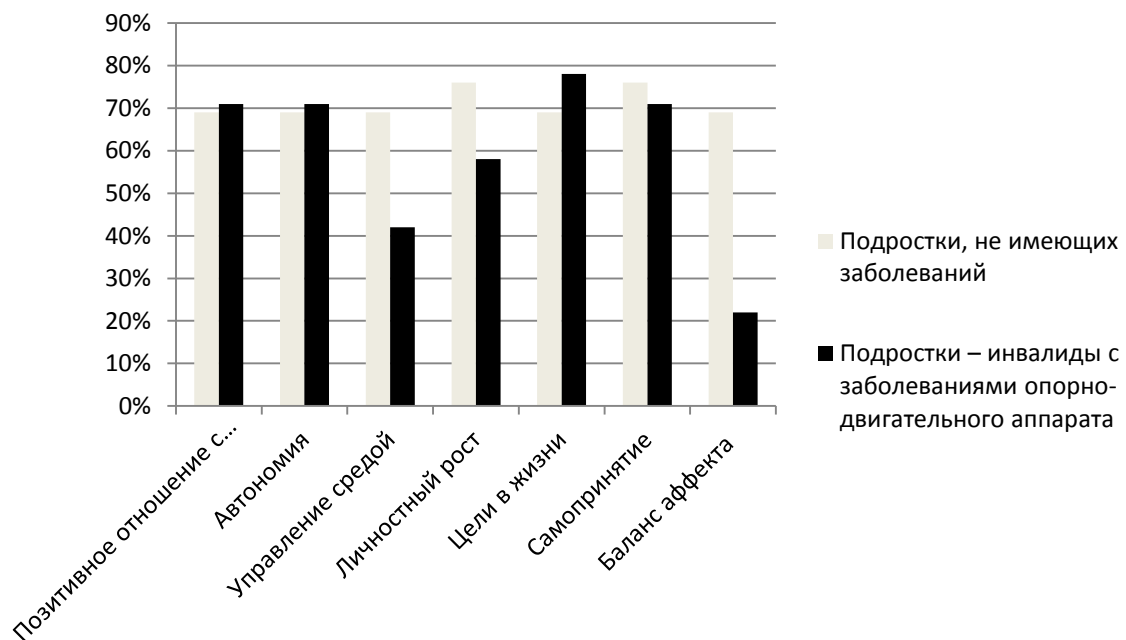


Рис. 3. Результаты исследования психологического благополучия личности

Из графика мы видим, что показатели у подростков, не имеющих заболеваний располагаются в одном диапазоне, в то же время как у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата результаты размещены в разных диапазонах.

Это говорит о том, что у подростков, не имеющих заболеваний есть наличие ясных целей, в успешности реализации планов деятельности и поведения, наличия ресурсов и условий для достижения этих целей. Так же они удовлетворены в межличностных отношениях, у них есть возможность общаться и получать от этого положительные эмоции и удовлетворять потребность в эмоциональном тепле. В общем можно сказать они чувствуют «душевный комфорт».

В то время как, у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата видны противоположные показатели. Из этого можно сделать вывод, что у них нарушены эмоциональные и когнитивные компоненты.

Психологическое благополучие (душевный комфорт) личности имеет свою довольно сложную структуру. В нем, как и в других составляющих, целесообразно выделять когнитивный и эмоциональный компоненты. Кроме того, в психологическом благополучии обобщенно представлена актуальная успешность поведения и деятельности, удовлетворенность межличностными связями, общением. Диссонанс в когнитивную сферу вносит противоречивая информация, восприятие ситуации как неопределенной, информационная или сенсорная депривация.

А эмоциональный дискомфорт вызывает не удовлетворенность в общении и социальном окружении.

Последним этапом диагностики подростков стало обследование с помощью комплексная психологическая диагностика общения (КПДО) (Акопов Г.В., Семенова Т.В.) (Приложение Н и О). Обобщенные результаты представлены в Таблице 4 - 8.

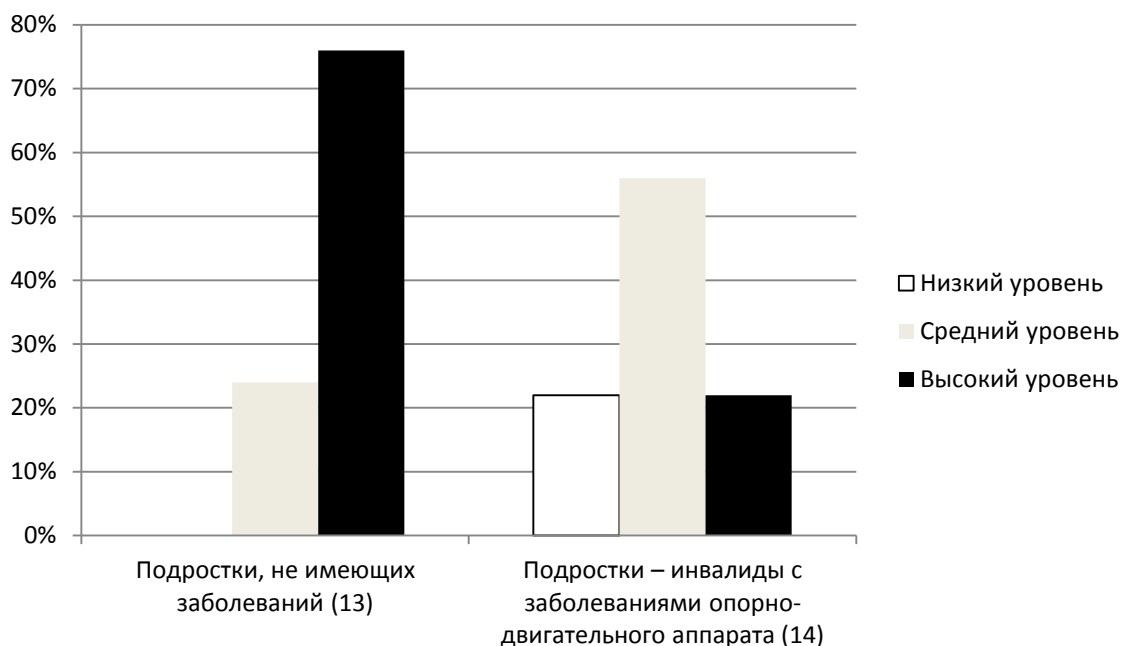


Рис. 4. Результаты исследования общительности (КПДО)

Из таблицы мы видим, что у подростков, не имеющих заболеваний высокий уровень общительности 76%. Это значит, что они удовлетворены в потребности общения.

В то время, как у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в высоком уровне общительности низкий показатель 22%. Потребность в общение не удовлетворена.

Таблица 5

Результаты исследования направленности общения (КПДО)

Виды	Подростки, не имеющих заболеваний (13)			Подростки – инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (14)		
	Низкий показатель	Средний показатель	Высокий показатель	Низкий показатель	Средний показатель	Высокий показатель
Когнитивная (К)	31%	54%	15%	43%	14%	43%

Аффективная (А)	8%	38%	54%	6%	58%	36%
Организационная (О)	47%	38%	15%	29%	65%	6%
Эгоцентрическая (Я)	47%	47%	8%	36%	43%	21%
Альтруистическая (Ты)	8%	54%	38%	58%	21%	21%
Контекстная (Он)	47%	38%	15%	6%	36%	58%

На результатах Таблицы 5, была создана гистограмма, за основу мы взяли высокие показатели.

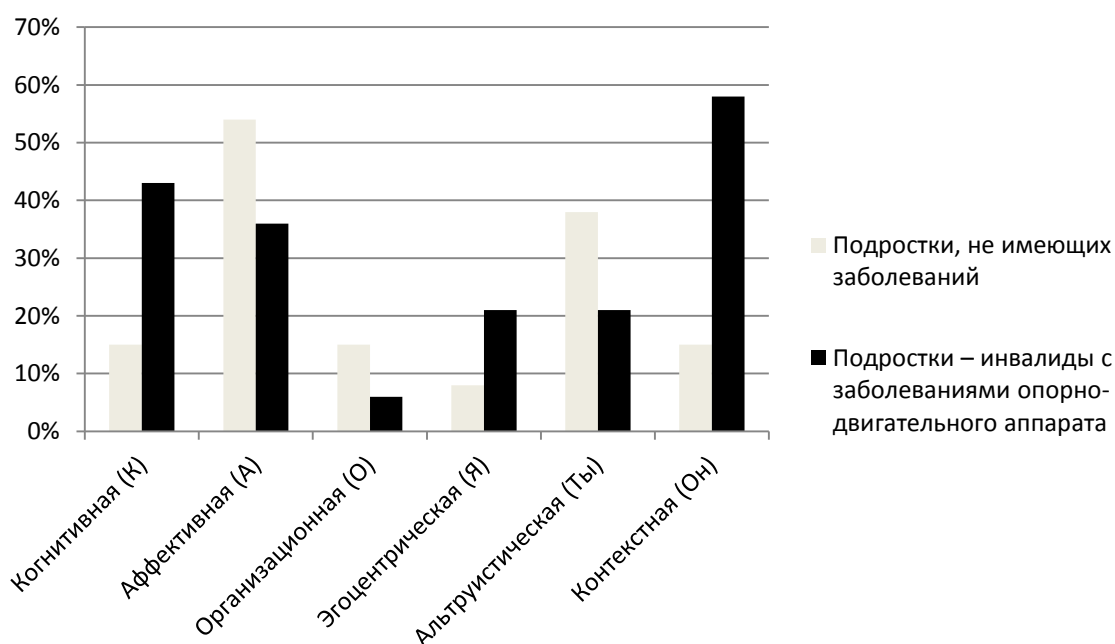


Рис. 5. Результаты исследования направленности общения (КПДО)

Высокие показатели говорят, о преобладание какого либо вида направленности общения.

У подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в сравнениями с подростками, не имеющих заболеваний преобладает когнитивный, эгоцентрический и контекстный вид

направленности общения. Это говорит о том, что такие дети не умеют слышать собеседника, считают себя «центром мира», в беседе не признают возражения, остро реагируют на критику.

В то время как у подростков, не имеющих заболеваний в сравнение с подростками – инвалидами с заболеваниями опорно-двигательного аппарата преобладают аффективный, альтруистический и организационный вид направленности общения. Это говорит о том, что такие дети стремятся к взаимному обмену информацией, умеют слышать и слушать собеседника, не перебивают, считают собеседника равным себе и выражают потребность субъектов общения во взаимной эмпатии, сочувствовании, сопереживании.

Таблица 6

Результаты исследования стилей общения (КПДО)

Виды	Подростки, не имеющих заболеваний (13)			Подростки – инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (14)		
	Низкий показатель	Средний показатель	Высокий показатель	Низкий показатель	Средний показатель	Высокий показатель
Директивный (Др)	38%	31%	31%	0%	35%	65%
Конвенциональный (Кв)	31%	24%	45%	21%	21%	58%
Консолидирующий (Кс)	15%	70%	15%	65%	35%	0%

На результатах Таблицы 6, была создана гистограмма, за основу мы взяли высокие показатели.

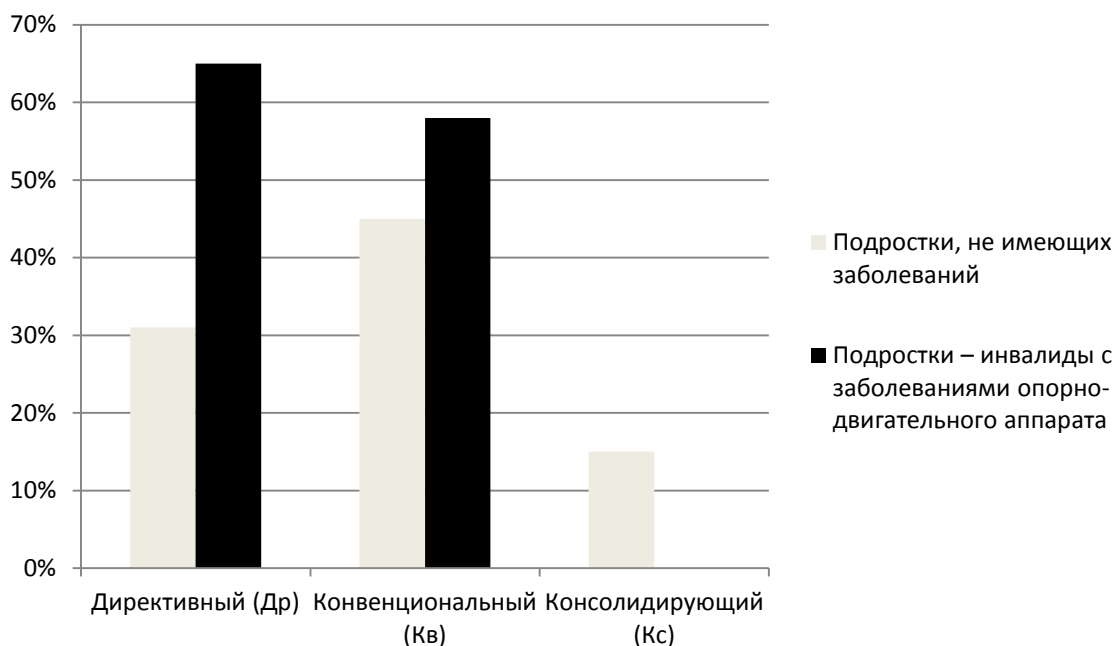


Рис. 6. Результаты исследования стилей общения (КПДО)

Высокие показатели говорят, о преобладание какого либо вида стиля общения.

У подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в сравнениями с подростками, не имеющих заболеваний преобладает директивный и конвенционный стиль общения. Это говорит о том, что такие дети ставят себя выше собеседника, как мы уже говорили выше, не умеют слушать и не принимают возражений, чрезмерно эгоцентричны.

В то время как у подростков, не имеющих заболеваний в сравнение с подростками – инвалидами с заболеваниями опорно-двигательного аппарата преобладает консолидирующий стиль общения. Это говорит о том, что такие дети выстраивают собственные позиции без нарушения интересов и с учетом мнения других; участники общения могут вести себя совершенно по-разному, в зависимости от своих личностных особенностей, но неизменно стараясь способствовать общему согласию, личные предубеждения не мешают им находить преимущества альтернативных точек зрения.

Результаты исследования уровня общения (КПДО)

Уровень	Подростки, не имеющих заболеваний (13)			Подростки – инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (14)		
	Низкий показатель	Средний показатель	Высокий показатель	Низкий показатель	Средний показатель	Высокий показатель
Контактный (К)	39%	39%	22%	0%	36%	64%
Информационный (И)	31%	22%	47%	14%	43%	43%
Смысловой (С)	22%	56%	22%	36%	58%	6%
Рефлексивный (Р)	31%	56%	13%	6%	36%	58%

На результатах Таблицы 7, была создана гистограмма, за основу мы взяли высокие показатели.

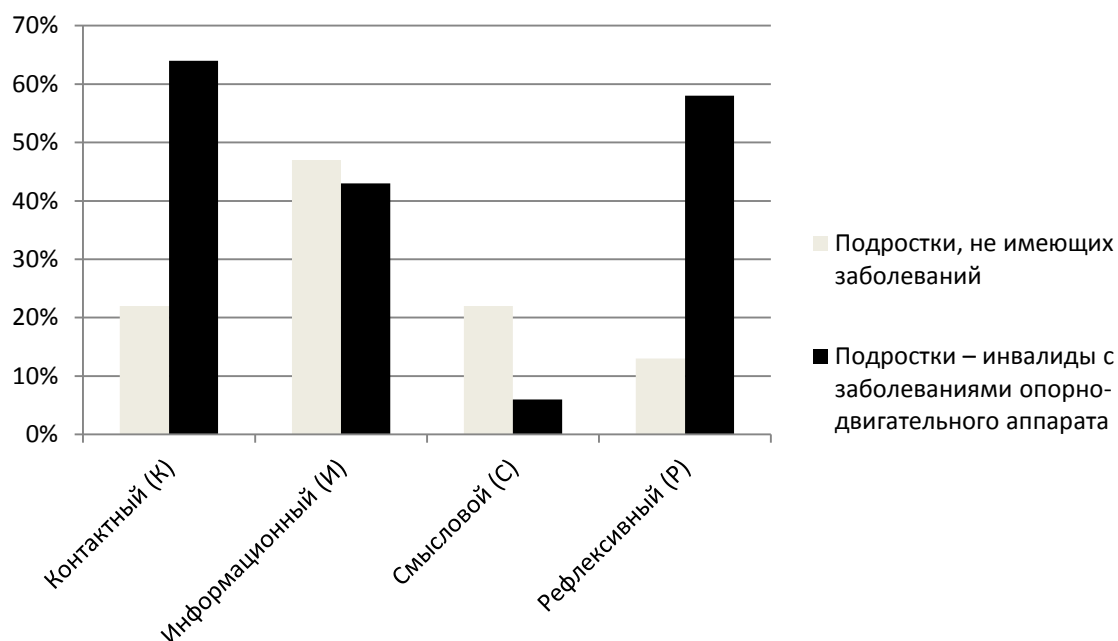


Рис. 7. Результаты исследования уровня общения (КПДО)

Высокие показатели говорят, о преобладание какого либо уровня общения.

У подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в сравнении с подростками, не имеющих заболеваний преобладает контактный и рефлексивный уровни общения. Это говорит о том, что такие дети отвечают однотипно, используют простую жестикуляцию, пассивны. После общения с собеседником он анализируют беседы.

В то время как у подростков, не имеющих заболеваний в сравнение с подростками – инвалидами с заболеваниями опорно-двигательного аппарата преобладают информационный и смысловой уровень общения. Это говорит о том, что такие дети в общение используют поведение средней сложности, исполнительность, пунктуальность, конформность (приспособляемость), все это обусловлено многомерностью мышления, ситуативностью поведения и многоконтекстностью речевого высказывания и невербального поведения.

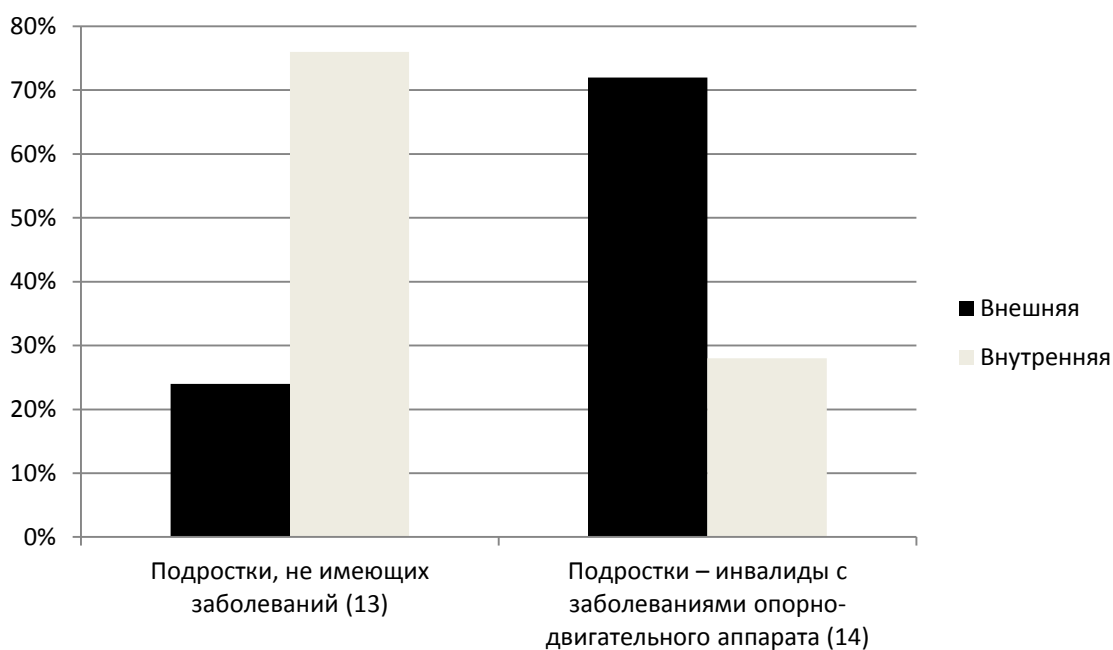


Рис. 8. Результаты исследования диалогичности (КПДО)

Из рисунка 8 мы видим, что у подростков, не имеющих заболеваний в основном 76 % внутренняя диалогичность. Это говорит о том, что такие дети используют внутренний диалог, то есть, они обдумывают сказанное, думают о собеседнике и его чувствах.

В то время как у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата выявлена внешняя диалогичность 72%. Это говорит о том, что такие дети не думают о сказанном, не проявляют эмпатию, для них главное высказать, а не выслушать с собеседника.

Таким образом, можно сказать, что у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата мало развиты коммуникативные навыки.

2.3. Рекомендации по формированию направленности на позитивное общение у детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

По результатам проведенного исследования мы выделяем возможные направления работы, которые охватывают как работу с психологами и преподавателями, так и с их родителями.

На основании полученных результатов мы считаем, что основу психологической работы с подростками – инвалидами с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, необходимо направлять на формировании представлений о возможностях своего тела, навыков построения межличностных отношений, стремления к развитию себя и научить его видеть себя, таким же как и здоровый ребенок.

Рекомендации психологам и преподавателям работающие с подростками – инвалидами с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, и их родителями:

1. Никогда не жалеете ребёнка из-за того, что он не такой, как все.
2. Дарите ребёнку свою любовь и внимание, но не забывайте, что есть и другие члены семьи, которые в них тоже нуждаются.
3. Чаще хвалите ребенка. Ласково обнимайте или давайте ему какую-нибудь маленькую награду, когда у него что-нибудь получается или когда он очень старается. Если ребенок старается сделать, но у него не

получается, лучше обойдите это молчанием или просто скажите: “Жаль, не вышло, в другой раз получится”.

4. Организуйте свой быт так, чтобы никто в семье не чувствовал себя “жертвой”, отказываясь от своей личной жизни.

5. Не ограждайте ребёнка от обязанностей и проблем. Решайте все дела вместе с ним.

6. Предоставьте ребёнку самостоятельность в действиях и принятии решений.

7. Следите за своей внешностью и поведением. Ребёнок должен гордиться вами.

8. Не бойтесь отказать ребёнку в чём-либо, если считаете его требования чрезмерными.

9. Чаще разговаривайте с ребёнком. Помните, что ни телевизор, ни радио не заменят вас.

10. Сделайте учение забавой. Всегда ищите способы превратить обучающие занятия в игру.

11. Используйте зеркало, чтобы помочь ребенку узнать свое тело, научиться владеть руками.

12. Используйте подражание. Чтобы научить ребенка новому действию или навыку, сначала выполните действие сами и пригласите ребенка повторить его, подражая вам. Превратите это в игру.

13. Ребенок часто лучше усваивает, когда рядом нет учителя. Дети часто прилагают большие усилия, когда им чего-нибудь очень хочется, а рядом нет никого, кто поможет. Учить ребенка - важно, но не менее важно давать ему возможность исследовать, пробовать свои силы и самому делать для себя то, что он может.

14. Не ограничивайте ребёнка в общении со сверстниками.

15. Не отказывайтесь от встречи с друзьями, приглашайте их в гости.

16. Чаще прибегайте к советам педагогов и психологов.

17. Больше читайте, и не только специальную литературу, но и художественную.

18. Общайтесь с семьями, где есть дети-инвалиды. Передавайте свой опыт и перенимайте чужой.

19. Не изводите себя упрёками. В том, что у вас больной ребёнок, вы не виноваты!

20. Помните, что когда-нибудь ребёнок повзрослеет и ему придётся жить самостоятельно. Готовьте его к будущей жизни, говорите с ребенком о ней.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

В ходе исследования особенностей направленности на общение у детей-инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата для проверки выдвинутой гипотезы мы использовали следующие методики: Акопов Г.В., Семенова Т.В. Комплексная психологическая диагностика общения (КПДО), определение направленности личности (Б. Басс), опросник психологическое благополучие личности К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко; тест тревожности Т.Филлипса.

При сравнении особенностей направленности на общения подростков двух групп, мы выявили, что у подростков-инвалидов с заболеванием опорно-двигательного аппарата высокий уровень тревожности, так как они переживают свои дефекты во внешности.

Они стремятся к общению, но не удовлетворены в этой потребности.

Воспринимают ситуации как неопределенной, обнаружена информационная или сенсорная депривация.

Навыки коммуникаций не развиты, так как дети – инвалиды с заболеванием опорно-двигательного аппарата не умеют слышать собеседника, считают себя «центром мира», ставят себя выше собеседника,

не думают о сказанном, в беседе не признают возражения, остро реагируют на критику. Отвечают однотипно, используют простую жестикуляцию, пассивны. После общения с собеседником он анализируют беседы.

Таким образом можно сказать, что у подростков – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата мало развиты коммуникативные навыки.

Основой работы с подростками – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на наш взгляд, должна стать помощь в формировании представлений о возможностях своего тела, в развитии коммуникативных навыков построения межличностных отношений, на стремления к развитию себя и научить его видеть себя, таким же как и здоровый ребенок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ситуации серьезных социально-экономических перемен, происходящих в российском обществе и государстве, проблема направленности на общение у детей-инвалидов становится особенно актуальной. Исследователи отмечают, что эта социальная категория оказывается наиболее уязвимой в процессе реализации экономических, социальных, культурных, личных и политических прав, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, между тем как в России права инвалидов на участие в жизни общества и защита их интересов закреплены федеральным законодательством и рядом подзаконных актов.

Нами проведено исследование в городе Красноярске, в Центре социальной помощи семье и детям "Надежда" и в МАОУ Средней общеобразовательной школе, в исследование принимали участия 14 детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и 13 детей не имеющие инвалидность. Исследование показало, что у подростков-инвалидов с заболеванием опорно-двигательного аппарата навыки коммуникаций не развиты, так как они, считают себя «центром мира», ставят себя выше собеседника, не думают о сказанном, в беседе не признают возражения, остро реагируют на критику. Отвечают однотипно, используют простую жестикуляцию, пассивны. После общения с собеседником он анализируют беседы.

Таким образом, поставленные нами цели и задачи нашего исследования выполнены. Гипотеза, поставленная нами особенности направленности на общения детей-инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата определяют уровень тревожности и уровень развития коммуникативных навыков, подтвердилась.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акимова М.Н., Смоляр А.И. Психология сознания: Метод. разработка по курсу «Психология человека» для бакалавриата (направления подготовки «Педагогическое образование» и «Психолого-педагогическое образование»). Самара: ПГСГА, 2013. 145 с.
2. Акопов Г.В., Давыдкина Л.В., Семенова Т.В. Ментальность как групповое сознание: Учебное пособие к курсу «Психология ментальности» для магистратуры по направлению «Социальная психология». Самара: ПГСГА, 2014. 254 с.
3. Акопов Г.В., Семенова Т.В. Созерцание как дополнительная к деятельности категория психологии: Лекция по курсу «Общая психология». Самара: ПГСГА, 2014. 256 с.
4. Акопов Г.В., Семенова Т.В., Агапов Д.А. Психология сознания: социально-коммуникативная парадигма: Лекция по курсу «Методологические основы психологии». Самара: ПГСГА, 2014. 256 с.
5. Акопов Г.В., Семенова Т.В. Методические рекомендации по использованию электронного учебного пособия к преподавательскому курсу «Психология сознания». Самара: ПГСГА, 2014. 156 с.
6. Акопов Г.В., Семенова Т.В. Методологические рекомендации по использованию электронной хрестоматии к курсу «Методологические основы психологии». Самара: ПГСГА, 2014. 76 с.
7. Белинская Е.П., Тихомандрицкая О.А. Психология личности М.: Инфра-М, 2001 - 328 с.
8. Белобрыкина О. А. Влияние социального окружения на развитие самооценки старших школьников // Вопросы психологии. 2012. № 4. С. 31-38.
9. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Пер. с англ. под ред. В.Я. Пилиповского. М.: Прогресс, 2014. 422 с.

10. Быкова А.В., Чернышова Е.Л. Психология сознания : Метод. разработка к курсу «Психология человека» для бакалавриата Самарского государственного технического университета.
11. Бодалев А. А. Личность и общение. Избранные психологические труды. 2-е изд. М., 2005.
12. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников. - Ростов н/Д: Феникс, 2014. С. 138.
13. Брэдберн Н. Структура психологического благополучия. Ярославль: Инфра, 2015. 13 с.
14. Выготский Л.С. К психологии и педагогики детской дефективности // Вопросы воспитания слепых, глухонемых и умственно отсталых детей. М. 2014. С. 16.
15. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. Т.4. М.: Педагогика. 2014. 432 с.
16. Давыдкина Л.В., Семенова Т.В. Городская ментальность в психосоциальных измерениях группового сознания: диагностический инструментарий: Метод. разработка к курсу «Психология ментальности».
17. Денисова Е.А. Психология сознания: Метод. разработка к курсу «Психология» для бакалавриата Тольяттинского государственного университета.
18. Денисова О.А., Леханова О.Л., Самофал Р.А., Голицина Н.В. Угрозы социального развития детей с ограниченными возможностями здоровья в семейной среде // Вестник Череповецкого государственного университета. 2013. Т. 1. № 3 (49). С. 105-108.
19. Емузова Н.Г. Педагогические основы формирования отношения личности учащегося к себе (самоотношения): СПб. 2012. 18 с.
20. Жданова Л.Г. Развитие сознания в онтогенезе: Метод. разработка к дисциплинам «Психология развития» и «Возрастная психология» для

бакалавриата (направления подготовки «Педагогическое образование» и «Психолого-педагогическое образование»).

21. Журавлев А.Л. Социально-психологическая зрелость: обоснование понятия // Психологический журнал. 2016. N3. С. 53-54.

22. Зейгарник Б. В. Теории личности в зарубежной психологии. Мозырь: Белый Ветер, 2001. с. 128

23. Зиглер Д. Теория личности. - СПб.: «Питер», 2016. - с. 607

24. Кашкурцева А.П., Чернышова Е.Л. Психология сознания: Метод. разработка к курсу «Психология человека» для бакалавриата Самарского государственного аэрокосмического университета.

25. Ковшова О.С. Психология сознания: Метод. разработка к курсу «Психология человека» для бакалавриата медицинского университета.

26. Крэйн У. Психология развития. СПб.: Питер, 2015 - с. 279

27. Липкина А.И., Рыбак Л. А. Критичность и самооценка в учебной деятельности. М.: Просвещение, 2000. с. 142

28. Марцинковская Т.Д., Марютина Т.М., Стефаненко Т.Г. Психология развития М.: Академия, 2005 - с. 312

29. Маклаков А. Общая психология. - СПб.: «Питер», 2012. - с. 592

30. Максимова Н.А. Формирование позитивного общения у подростков с ограниченными физическими возможностями в условиях общеобразовательной школы: Волгоград. 2015. с. 197

31. Маслиева С.Н. Школьник с ограниченными возможностями здоровья как интегрированная в общеобразовательную среду личность // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2014. N 3(143). С. 65-75.

32. Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития: учебник для студ. Высш.учеб. заведения/В.С. Мухина. - 10-е изд., перераб. и доп.-М.:Издательский центр «Академия» 2012. - с. 608

33. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды/Под ред. А. А. Бодалева – М.:Изд-во Ин-та практ. психологии. Воронеж: НПО МОДЭК, 2001. с. 356
34. Петровский А.В. Вопросы истории и теории психологии: избранные труды. М. 2001. с. 272
35. Психология общения. Энциклопедический словарь / под общ.ред. А.А. Бодалева. М.: Когито Центр. 2011 г. с. 600
36. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Подросток в учебнике и в жизни. М.: Знание. 2014. с. 80
37. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности. Спб.: Питер. 2012. с. 256
38. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 2012. с. 480
39. Сарджвеладзе Н.И. Структура самоотношения личности и социогенные потребности. В кн.: Проблемы формирования социогенных потребностей. Тбилиси, Мецниереба, 2012.
40. Сарджвеладзе Н.И. Позиция личности и установка: опыт построения структурно-динамической концепции личности // Известия АН ГССР, серия философии и психологии, 2001, N2, с. 81-93.
41. Сарджвеладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. Тбилиси: Мецниереба, 2014. с. 204
42. Соловьева О.В. Общение: традиционные исследования и новая проблематика. С. 61-75.
43. Столин В.В. Познание себя и отношение к себе в структуре самосознания личности: дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2014.
44. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. В 2-х т. Т.2. М.: Педагогика, 2013. с. 392
45. Чарова О.Б. Материнские установки по отношению к детям с нарушениями интеллекта // Дефектология. 2012. N 6. С. 13 – 19.

46. Чернышова Е.Л. Социально-психологические аспекты современного высшего образования: Метод. разработка к курсу «Социальная психология образования» для магистратуры по направлению «Социальная психология».

47. Шпрангер Э. Психология юношеского возраста. // Педология юности. М.-Л.: Литература. 2012.

48. Эриксон Э. Г.[Erikson E.H.] Детство и общество: пер. с англ. и науч. ред. А. А. Алексеев. СПб.: Летний сад. 2013.

49. Яремчук С.В. Проблема принятия себя в юношеском возрасте // Известия Сочинского государственного университета. 2012. N 4(22)С. 207-212.

50. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem: San Francisco, 2015.

51. Dembo D. The measurement of self-esteem. Refining our methods // J. of Pers. and Soc. Psychol, 2015. Vol. 48(6). 1490-1502.

52. Feingold A. Gender differences in personality: A meta-analysis // Psychol. Bull. 2014. V. 116(3). P. 429—456.

53. Kaplan H.B. Deviant behavior and self-enhancement in adolescence // J. of Youth and Adolescence. 2012, V.7(3).P. 253-278.

54. Rogers K.R., Dymond R.F. Psychotherapy and personality change: Chicago. 2014. 344 p.

55. Rosenberg M. Society and adolescent self-image: Princeton, 2015.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Текст методики диагностики уровня школьной тревожности Филлипса

Опросник:

1. Трудно ли тебе держаться на одном уровне со всем классом?
2. Волнуешься ли ты, когда учитель говорит, что собирается проверить, насколько хорошо ты знаешь материал?
3. Трудно ли тебе работать в классе так, как этого хочет учитель?
4. Снилось ли тебе, что учитель в ярости от того, что ты не знаешь урок?
5. Случалось ли, что кто-нибудь из твоего класса бил или ударял тебя?
6. Часто ли тебе хочется, чтобы учитель не торопился при объяснении нового материала, пока ты не поймешь, что он говорит?
7. Сильно ли ты волнуешься при ответе или выполнении задания?
8. Случается ли с тобой, что ты боишься высказываться на уроке, потому что боишься сделать глупую ошибку?
9. Дрожат ли у тебя колени, когда тебя вызывают отвечать?
10. Часто ли твои одноклассники смеются над тобой, когда вы играете в разные игры?
11. Случается ли, что тебе ставят более низкую оценку, чем ты ожидал?
12. Волнует ли тебя вопрос, не останешься ли ты на второй год?
13. Стараешься ли ты избегать игр, в которых делается выбор, потому что тебя, как правило, не выбирают?
14. Бывает ли временами, что ты весь дрожишь, когда тебя вызывают отвечать?
15. Часто ли у тебя возникает ощущение, что никто из твоих одноклассников не хочет делать то, чего хочешь ты?

16. Сильно ли ты волнуешься перед тем, как начать выполнять задание?
17. Трудно ли тебе получать такие отметки, которых ждут от тебя родители?
18. Боишься ли ты временами, что тебе станет плохо в классе?
19. Будут ли твои одноклассники смеяться над тобой, если ты совершишь ошибку?
20. Похож ли ты на своих одноклассников?
21. Выполнив задание, беспокоишься ли ты о том, хорошо ли ты с ним справился?
22. Когда ты работаешь в классе, уверен ли ты в том, что все хорошо запомнил?
23. Снится ли тебе иногда, что ты в школе и не можешь ответить на вопрос учителя?
24. Верно ли, что большинство ребят относятся к тебе по-дружески?
25. Работаешь ли ты более усердно, если знаешь, что результаты твоей работы будут сравниваться в классе с результатами твоих одноклассников?
26. Часто ли ты мечтаешь о том, чтобы поменьше волноваться, когда тебя опрашивают?
27. Боишься ли ты временами вступать в спор?
28. Чувствуешь ли ты, что твое сердце начинает сильно биться, когда учитель говорит, что собирается проверить твою готовность к уроку?
29. Когда ты получаешь хорошие отметки, думает ли кто-нибудь из твоих друзей, что ты хочешь выслужиться?
30. Хорошо ли ты чувствуешь себя с теми из твоих одноклассников, к которым ребята относятся с особым вниманием?
31. Бывает ли, что твои одноклассники говорят обидные для тебя вещи?
32. Как ты думаешь, теряют ли расположение те из учеников, кто не справляется с учебной работой?

33. Похоже ли на то, что большинство твоих одноклассников не обращают на тебя внимания?
34. Часто ли ты боишься выглядеть смешно?
35. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся учителя?
36. Помогает ли твоя мама в организации вечеров, как другие мамы твоих одноклассников?
37. Волновало ли тебя когда-нибудь, что думают о тебе окружающие?
38. Надеешься ли ты в будущем учиться лучше, чем сейчас?
39. Считаешь ли ты, что одеваешься в школу так же хорошо, как и твои одноклассники?
40. Часто ли ты, отвечая на уроке, задумываешься о том, как выглядишь со стороны?
41. Обладают ли способные ученики какими-то особыми правами, которых нет у других ребят в классе?
42. Злятся ли некоторые из твоих одноклассников, когда тебе удастся быть лучше их?
43. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся твои одноклассники?
44. Хорошо ли ты себя чувствуешь, когда остаешься один на один с учителем?
45. Высмеивают ли временами одноклассники твою внешность и твое поведение?
46. Думаешь ли ты, что беспокоишься о своих школьных делах больше, чем другие ребята?
47. Если ты не можешь ответить на вопрос учителя, чувствуешь ли ты, что вот-вот расплачешься?
48. Бывает ли так, что ты долго не можешь заснуть, думая о том, что будет завтра в школе?
49. Работая над трудным заданием, чувствуешь ли ты порой, что забыл вещи, которые раньше хорошо знал?

50. Дрожит ли слегка твоя рука, когда ты пишешь самостоятельную работу?

51. Чувствуешь ли ты, что начинаешь нервничать, когда учитель говорит, что собирается дать классу задание?

52. Пугает ли тебя проверка твоих знаний в школе?

53. Когда учитель дает самостоятельную работу, чувствуешь ли ты страх, что не справишься с ней?

54. Снилось ли тебе временами, что у тебя не получается такое задание, которое могут сделать все твои одноклассники?

55. Когда учитель объясняет материал, кажется ли тебе, что твои одноклассники понимают его лучше, чем ты?

56. Беспкоишься ли ты по дороге в школу, что учитель может спросить тебя или дать проверочную работу?

57. Когда ты выполняешь задание, бывает ли так, что ты чувствуешь, что получишь за него «2»?

58. Дрожит ли слегка твоя рука, когда ты выполняешь задание на доске перед всем классом?

Ключ к вопросам диагностики уровня школьной тревожности Филлипса

1 -	7-	13-	19-	25 +	31 -	37-	43 +	49-	55-
2 _	8-	14-	20 +	26-	32-	38 +	44 +	50-	56-
3-	9-	15-	21 -	27-	33-	39 +	45-	51 -	57-
4-	10-	16-	22 +	28-	34-	40-	46-	52-	58-
5-	11 +	17-	23-	29-	35 +	41 +	47-	53-	
6-	12-	18-	24 +	30 +	36 +	42 -	48-	54-	

Тестовый материал Определение направленности личности
(ориентационная анкета) (Б. Басс)

1. Наибольшее удовлетворение я получаю от...
 - А. Одобрения моей работы.
 - Б. Сознания того, что работа сделана мною хорошо.
 - В. Сознания того, что меня окружают друзья.
2. Если бы я играл в футбол (волейбол, баскетбол), то хотел бы быть...
 - А. Тренером, который разрабатывает тактику игры.
 - Б. Известным игроком.
 - В. Выбранным капитаном команды.
3. По-моему, лучшим педагогом является тот, кто...
 - А. Проявляет интерес к учащимся и имеет к каждому индивидуальный подход.
 - Б. Вызывает интерес к предмету, так что учащиеся с удовольствием углубляют свои знания по этому предмету.
 - В. Создает в коллективе такую атмосферу, при которой никто не боится высказать свое мнение.
4. Мне нравится, когда люди...
 - А. Радуются выполненной работе.
 - Б. С удовольствием работают в коллективе.
 - В. Стремятся выполнить свою работу лучше других.
5. Я хотел бы, чтобы мои друзья были...
 - А. Отзывчивы и помогали людям, когда для этого представляется возможность.
 - Б. Верны и преданы мне.
 - В. Умными и интересными людьми.
6. Лучшими друзьями я считаю тех...
 - А. С кем складываются хорошие взаимоотношения.
 - Б. На кого всегда можно положиться.

- В. Кто сможет многого достичь в жизни.
7. Больше всего я не люблю, когда...
- А. У меня что-то не получается.
- Б. Портятся отношения с товарищами.
- В. Меня критикуют.
8. По-моему, хуже всего, когда педагог..
- А. Не скрывает, что некоторые учащиеся ему несимпатичны, насмехается и подшучивает над ними.
- Б. Вызывает в коллективе дух соперничества.
- В. Недостаточно хорошо знает предмет, который преподает.
9. В детстве мне больше всего нравилось...
- А. Проводить время с друзьями.
- Б. Ощущение выполненных дел.
- В. Когда меня за что-нибудь хвалили.
10. Я хотел бы быть похожим на тех, кто...
- А. Добился успеха в жизни.
- Б. По-настоящему увлечен своим делом.
- В. Отличается дружелюбием и доброжелательностью.
11. В первую очередь школа должна...
- А. Научить решать задачи, которые ставит жизнь.
- Б. Развивать индивидуальные способности ученика.
- В. Воспитывать качества, помогающие взаимодействовать с людьми.
12. Если бы у меня было больше свободного времени, охотнее всего я использовал бы его для...
- А. Общения с друзьями.
- Б. Отдыха и развлечений.
- В. Своих любимых дел и самообразования.
13. Наибольших успехов я добиваюсь, когда...
- А. Работаю с людьми, которые мне симпатичны.

- Б. У меня интересная работа.
- В. Мои усилия хорошо вознаграждаются.
14. Я люблю, когда...
- А. Другие люди меня ценят.
- Б. Испытываю удовлетворение от хорошо выполненной работы.
- В. Приятно провожу время с друзьями.
15. Если бы обо мне решили написать в газете, то хочется, чтобы...
- А. Рассказали о каком-либо интересном деле, связанном с учебой, работой, спортом, в котором мне довелось участвовать.
- Б. Написали о моей деятельности.
- В. Обязательно рассказали о коллективе, в котором я работаю.
16. Лучше всего я учусь, если преподаватель...
- А. Имеет ко мне индивидуальный подход.
- Б. Сумеет вызвать у меня интерес к предмету.
- В. Устраивает коллективные обсуждения изучаемых проблем.
17. Для меня нет ничего хуже, чем...
- А. Оскорбление моего личного достоинства.
- Б. Неудача при выполнении важного дела.
- В. Потеря друзей.
18. Больше всего я ценю...
- А. Успех.
- Б. Возможность хорошей совместной работы. В. Здравый, практичный ум и смекалку.
19. Я не люблю людей, которые...
- А. Считают себя лучше других.
- Б. Часто ссорятся и конфликтуют.
- В. Возражают против всего нового.
20. Мне приятно, если...
- А. Занимаюсь делом, важным для всех.
- Б. Имею много друзей.

- В. Вызываю восхищение и всем нравлюсь.
21. По-моему, руководитель в первую очередь должен быть...
- А. Доступным.
 - Б. Авторитетным.
 - В. Требовательным.
22. В свободное время я охотно прочитал бы книги...
- А. О том, как находить друзей и поддерживать хорошие отношения с людьми.
 - Б. О жизни знаменитых и интересных людей.
 - В. О последних достижениях науки и техники.
23. Если бы у меня были способности к музыке, я предпочел бы быть...
- А. Дирижером.
 - Б. Композитором.
 - В. Солистом.
24. Мне бы хотелось...
- А. Придумать интересный конкурс.
 - Б. Победить в конкурсе.
 - В. Организовать конкурс и руководить им.
25. Для меня важнее всего знать...
- А. Что я хочу сделать.
 - Б. Как достичь цели.
 - В. Как организовать людей для достижения цели.
26. Человек должен стремиться к тому, чтобы...
- А. Другие были им довольны.
 - Б. Прежде всего выполнить (свою задачу).
 - В. Его не нужно было упрекать за выполненную работу.
27. Лучше всего я отдыхаю в свободное время...
- А. В общении с друзьями.
 - Б. Просматривая развлекательные фильмы.
 - В. Занимаясь своим любимым делом.

Ключ Определение направленности личности (ориентационная анкета) (Б. Басс)

№	Я	О	Д	№	Я	О	Д
1	А	В	Б	15	Б	В	А
2	Б	В	А	16	А	В	Б
3	А	В	Б	17	А	В	Б
4	В	Б	А	18	А	Б	В
5	Б	А	В	19	А	Б	В
6	В	А	Б	20	В	Б	А
7	В	Б	А	21	Б	А	В
8	А	Б	В	22	Б	А	В
9	В	А	Б	23	В	А	Б
10	А	В	Б	24	Б	В	А
11	Б	В	А	25	А	В	Б
12	Б	А	В	26	В	А	Б
13	В	А	Б	27	Б	А	В
14	А	В	Б				

Текстовый материал опростника психологического благополучия личности
(методика К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П.
Фесенко, 2015)

Утверждения	Абсолютно не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Согласен	Абсолютно согласен
Большинство моих знакомых считают меня любящим и преданным человеком						
Иногда я меняю свое поведение или образ мышления, чтобы не выделяться						
Как правило, я считаю себя в ответе за то, как я живу						
Меня не интересуют занятия, которые принесут результат в отдаленном будущем						
Мне приятно думать о том, что я совершил в прошлом и надеюсь совершить в будущем						

Когда я оглядываюсь назад, мне нравится, как сложилась моя жизнь						
Поддержание близких отношений было связано для меня с трудностями и разочарованиями						
Я не боюсь высказывать свое мнение, даже если оно противоречит мнению большинства						
Требования повседневной жизни часто угнетают меня						
В принципе, я считаю, что со временем узнаю о себе все больше и больше						
Я живу сегодняшним днем и не особо задумываюсь о будущем						
В целом я уверен в себе						
Мне часто бывает одиноко из-за того, что у меня мало друзей, с кем я могу поделиться своими проблемами						
На мои решения обычно не влияет то, что делают другие						

Я не очень вписываюсь в сообщество окружающих меня людей						
Я отношусь к тем людям, которым нравится пробовать все новое						
Я стараюсь сосредоточиться на настоящем, потому что будущее почти всегда приносит какие-то проблемы						
Мне кажется, что многие из моих знакомых преуспели в жизни больше, чем я						
Я люблю задушевные беседы с родными или друзьями						
Меня беспокоит то, что думают обо мне другие						
Я вполне справляюсь со своими повсед- невыми заботами						
Я не хочу пробовать новые виды деятель- ности — моя жизнь и так меня устраивает						
Моя жизнь имеет смысл						

Если бы у меня была такая возможность, я бы многое в себе изменил						
Мне кажется важным быть хорошим слушателем, когда близкие друзья делятся со мной своими проблемами						
Для меня важнее быть в согласии с самим собой, чем получать одобрение окружающих						
Я часто чувствую, что мои обязанности угнетают меня						
Мне кажется, что новый опыт, способный изменить мои представления о себе и об окружающем мире, очень важен						
Мои повседневные дела часто кажутся мне банальными и незначительными						
В целом я себе нравлюсь						
У меня не так много знакомых, готовых выслушать меня, когда мне нужно выговориться						

На меня оказывают влияние сильные люди						
Если бы я был несчастен в жизни, я предпринял бы эффективные меры, чтобы изменить ситуацию						
Если задуматься, то с годами я не стал намного лучше						
Я не очень хорошо осознаю, чего хочу достичь в жизни.						
Я совершал ошибки, но все, что ни делается, — все к лучшему						
Я считаю, что многое получаю от друзей						
Людям редко удается уговорить меня сделать то, чего я сам не хочу						
Я неплохо справляюсь со своими финансовыми делами						
На мой взгляд, человек способен расти и развиваться в любом возрасте						
Когда-то я ставил перед собой цели, но теперь это кажется мне пустой тратой времени						

Во многом я разочарован своими достижениями в жизни						
Мне кажется, что у большинства людей больше друзей, чем у меня						
Для меня важнее приспособиться к окружающим людям, чем в одиночку отстаивать свои принципы						
Я расстраиваюсь, когда не успеваю сделать все, что намечено на день						
Со временем я стал лучше разбираться в жизни, и это сделало меня более сильным и компетентным						
Мне доставляет удовольствие составлять планы на будущее и воплощать их в жизнь						
Как правило, я горжусь тем, какой я, и какой образ жизни я веду						
Окружающие считают меня отзывчивым человеком, у которого всегда найдется время для других						

Я уверен в своих суждениях, даже если они идут вразрез с общепринятым мнением						
Я умею рассчитывать свое время так, чтобы все делать в срок						
У меня есть ощущение, что с годами я стал лучше						
Я активно стараюсь осуществлять планы, которые составляю для себя						
Я завидую образу жизни многих людей						
У меня было мало теплых доверительных отношений с другими людьми						
Мне трудно высказывать свое мнение по спорным вопросам						
Я занятой человек, но я получаю удовольствие от того, что справляюсь с делами						

Я не люблю оказываться в новых ситуациях, когда нужно менять привычный для меня способ поведения						
Я не отношусь к людям, которые скитаются по жизни безо всякой цели						
Возможно, я отношусь к себе хуже, чем большинство людей						
Когда дело доходит до дружбы, я часто чувствую себя сторонним наблюдателем						
Я часто меняю свою точку зрения, если друзья или родные не согласны с ней						
Я не люблю строить планы на день, потому что никогда не успеваю сделать все запланированное						
Для меня жизнь – это непрерывный процесс познания и развития						
Мне иногда кажется, что я уже совершил в жизни все, что было можно						

Я часто просыпаюсь с мыслью о том, что жил неправильно						
Я знаю, что могу доверять моим друзьям, а они знают, что могут доверять мне						
Я не из тех, кто поддается давлению общества в том, как себя вести и как мыслить						
Мне удалось найти себе подходящее занятие и нужные мне отношения						
Мне нравится наблюдать, как с годами мои взгляды изменились и стали более зрелыми						
Цели, которые я ставил перед собой, чаще приносили мне радость, нежели разочарование						
В моем прошлом были взлеты и падения, но я не хотел бы ничего менять						
Мне трудно полностью раскрыться в общении с людьми						

<p>Меня беспокоит, как окружающие оценивают то, что я выбираю в жизни</p>						
<p>Мне трудно обустроить свою жизнь так, как хотелось бы</p>						
<p>Я уже давно не пытаюсь изменить или улучшить свою жизнь</p>						
<p>Мне приятно думать о том, чего я достиг в жизни</p>						
<p>Когда я сравниваю себя со своими друзьями и знакомыми, то понимаю, что я во многом лучше их</p>						
<p>Мы с моими друзьями относимся с сочувствием к проблемам друг друга</p>						
<p>Я сужу о себе исходя из того, что я считаю важным, а не из того, что считают важным другие</p>						
<p>Мне удалось создать себе такое жилище и такой образ жизни, которые мне очень нравятся</p>						
<p>Старого пса не научить новым трюкам</p>						

Продолжение Таблицы 10

Я не уверен, что мне стоит чего-то ждать от жизни						
Каждый имеет недостатки, но у меня их больше, чем у других						

Таблица 11

Ключ к обработке данных психологического благополучия личности
(методика К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П.
Фесенко, 2015)

Вариант ответа	В прямых значениях	В обратных значениях
Абсолютно не согласен	1 балл	6 баллов
Не согласен	2 балла	5 баллов
Скорее не согласен	3 балла	4 балла
Скорее согласен	4 балла	3 балла
Согласен	5 баллов	2 балла
Абсолютно согласен	6 баллов	1 балл

Таблица 12

Подсчёт сырых баллов по основным шкалам

Шкала	Прямые утверждения	Обратные утверждения
Позитивные отношения	1, 19, 25, 37, 49, 67, 79	7, 13, 31, 43, 55, 61, 73
Автономия	8, 14, 26, 38, 50, 68, 80	2, 20, 32, 44, 56, 62, 74
Управление средой	3, 21, 33, 39, 51, 57, 69, 81	9, 15, 27, 45, 63, 75
Личностный рост	10, 16, 28, 40, 46, 52, 64, 70	4, 22, 34, 58, 76, 82
Цели в жизни	5, 23, 47, 53, 59, 71, 77	11, 17, 29, 35, 41, 65, 83
Самопринятие	6, 12, 30, 36, 48, 72, 78	18, 24, 42, 54, 60, 66, 84

<p>Психологическое благополучие</p>	<p>1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 59, 64, 67, 68, 69, 70, 72, 71, 77, 78, 79, 80, 81</p>	<p>2, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 20, 22, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 18, 24, 41, 42, 43, 44, 45, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 73, 74, 75, 76, 82, 83, 84</p>
-------------------------------------	--	---

Комплексная психологическая диагностика общения (КПДО). Бланк для информанта.

№	Суждения	Баллы
1	Я очень общительный человек	1 2 3 4 5
2	Я общаюсь как со знакомыми, так и с незнакомыми людьми по необходимости	1 2 3 4 5
3	Я человек необщительный	1 2 3 4 5
4	Общаясь с людьми, я, как правило, воодушевляюсь	1 2 3 4 5
5	Общение не доставляет мне особого удовольствия	1 2 3 4 5
6	Длительное общение меня утомляет	1 2 3 4 5
7	Обычно я первым начинаю разговор с незнакомыми людьми	1 2 3 4 5
8	Иногда мне бывает неловко начать разговор с незнакомыми людьми	1 2 3 4 5
9	Находясь среди незнакомых людей, я, как правило, не начинаю разговор первым	1 2 3 4 5
10	Когда я узнаю что-то новое, то ищу друзей и знакомых, с которыми можно поделиться	1 2 3 4 5

11	При встрече со знакомыми людьми я стараюсь поделиться новостями	1 2 3 4 5
12	Мне трудно рассказывать о новостях друзьям и знакомым	1 2 3 4 5
13	Я часто обращаюсь за советом к разным людям	1 2 3 4 5
14	Иногда в затруднительных ситуациях я обращаюсь к кому-либо за советом	1 2 3 4 5
15	Обычно я не решаюсь обращаться к людям за советом	1 2 3 4 5
16	Я легко откликаюсь на любые просьбы прохожих на улице	1 2 3 4 5
17	Я не очень люблю отвечать на вопросы прохожих на улице	1 2 3 4 5
18	Меня раздражают любые просьбы прохожих на улице	1 2 3 4 5
19	Мне нравятся люди, которые любят поговорить о чем-либо	1 2 3 4 5
20	Я предпочитаю не очень разговорчивых людей	1 2 3 4 5
21	Меня раздражают много говорящие люди	1 2 3 4 5
22	Начав говорить, я с трудом останавливаюсь	1 2 3 4 5

23	Я не очень разговорчивый человек	1 2 3 4 5
24	Знакомые считают меня молчуном	1 2 3 4 5
25	Общение для меня является источником радости	1 2 3 4 5
26	Общение для меня не связано с определенными позитивными или негативными эмоциями	1 2 3 4 5
27	Общение с другими людьми, знакомыми и незнакомыми, как правило, вызывает у меня внутреннее напряжение	1 2 3 4 5
28	Я всегда стараюсь прервать молчание в кругу людей	1 2 3 4 5
29	Я испытываю неловкость от молчания в кругу людей	1 2 3 4 5
30	Я никогда не испытываю неловкости от молчания в кругу людей	1 2 3 4 5
31	Главное в общении – это новая информация	1 2 3 4 5
32	В процессе общения для меня важно услышать что-то новое для себя	1 2 3 4 5
33	Я общаюсь не ради получения информации	1 2 3 4 5
34	Главное в общении – это мое эмоциональное состояние	1 2 3 4 5

35	Общаясь, я чаще говорю о своих переживаниях	1 2 3 4 5
36	Общение не вызывает у меня сильных эмоций	1 2 3 4 5
37	Как правило, в общении я стараюсь вызвать дискуссию	1 2 3 4 5
38	Я предпочитаю заранее согласовать тему, место и время общения	1 2 3 4 5
39	Я не люблю, когда мне подсказывают, как вести разговор	1 2 3 4 5
40	Общаясь, я стараюсь высказать свое мнение	1 2 3 4 5
41	Общаясь, я не спешу высказать свое мнение	1 2 3 4 5
42	Общаясь, я, как правило, стараюсь скрыть свое мнение	1 2 3 4 5
43	Я с удовольствием выслушиваю чужое мнение	1 2 3 4 5
44	Я стараюсь не перебивать собеседника	1 2 3 4 5
45	Меня, как правило, мало интересует чужое мнение	1 2 3 4 5
46	Находясь среди людей, я, как правило, бываю в центре внимания	1 2 3 4 5
47	Иногда бывает, что кто-то хочет со мной заговорить	1 2 3 4 5

48	Люди избегают общения со мной	1 2 3 4 5
49	Когда я говорю, то не позволяю себя перебивать	1 2 3 4 5
50	Иногда я позволяю другим возражать мне в разговоре	1 2 3 4 5
51	Как правило, меня всегда перебивают в разговоре	1 2 3 4 5
52	В разговоре я даю другому возможность остаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу	1 2 3 4 5
53	Общаясь, я в равной мере учитываю мнения разных людей	1 2 3 4 5
54	В общении я обычно не стараюсь согласовать различные позиции	1 2 3 4 5
55	В общении я обычно стараюсь помочь собеседнику выразить его мысль, способствуя общему взаимопониманию	1 2 3 4 5
56	Я умею вставить уместное слово, не нарушая общего духа беседы	1 2 3 4 5
57	Общаясь с людьми, я не считаю необходимым способствовать всеобщему согласию	1 2 3 4 5

58	Во время разговора я стараюсь удерживать внимание собеседника: часто произношу его имя, стараюсь смотреть ему в глаза и т.д.	1 2 3 4 5
59	Когда я начинаю говорить, то, как правило, стараюсь сначала убедиться в том, что меня внимательно слушают	1 2 3 4 5
60	Сообщая что-то другому, я не считаю необходимым следить за тем, слушают меня или нет	1 2 3 4 5
61	Общение с много знающими людьми – это самый лучший способ получения новых знаний	1 2 3 4 5
62	В общении с некоторыми людьми мне иногда удается узнать что-то новое	1 2 3 4 5
63	Общение для меня не является основным средством получения новых знаний	1 2 3 4 5
64	Я часто распознаю истинные намерения собеседника по его жестам и выражению его лица	1 2 3 4 5
65	Если собеседник затягивает разговор, я стараюсь найти неявный смысл его поведения	1 2 3 4 5
66	Бывает, что я своими словами обижаю собеседника	1 2 3 4 5

67	Я много внимания уделяю деталям беседы и беспокоюсь о том, правильно ли я что-то сказал(а)	1 2 3 4 5
68	Обдумывая разговор с другим человеком, я как бы мысленно веду с ним диалог	1 2 3 4 5
69	Я часто замечаю, что люди неправильно понимают меня	1 2 3 4 5
70	Как правило, я даю собеседнику шанс остановить себя и могу после его комментария вернуться к своей первоначальной логике, корректируя свою установку и свои примеры	1 2 3 4 5
71	При беседе с человеком я, как правило, стараюсь говорить столько же, сколько и он, передавая время от времени свою инициативу ему и пользуясь возможностью, которую предоставляет мне он	1 2 3 4 5
72	После того, как меня перебили, я часто забываю, что хотел сказать, теряю свою логику изложения и не знаю, как продолжить разговор	1 2 3 4 5
73	Размышляя над чем-либо во время общения, я, как правило, ощущаю наличие «собеседников» в своем внутреннем сознании и веду с ними диалог	1 2 3 4 5

Продолжение Таблицы 13

74	Общаясь с людьми, я иногда прислушиваюсь к своему «внутреннему голосу»	1 2 3 4 5
75	Я не придаю большого значения своему «внутреннему голосу» при общении	1 2 3 4 5

Комплексная психологическая диагностика общения (КПДО). Таблица параметров

СУЖДЕНИЯ	Шкала	Характеристики	Баллы	параметр	суждения
№		Формулировка			
общительность	1	1	Я очень общительный человек	+	общительность
	2	2	Я общаюсь как со знакомыми, так и с незнакомыми людьми по необходимости	0	
	3	3	Я человек необщительный	-	
	4	4	Общаясь с людьми, я, как правило, воодушевляюсь	+	
	5	5	Общение не доставляет мне особого удовольствия	0	
	6	6	Длительное общение меня утомляет	-	
	7	7	Обычно я первым начинаю разговор с незнакомыми людьми	+	
общительность	8	8	Иногда мне бывает неловко начать разговор с незнакомыми людьми	0	общительность

Продолжение Таблицы 14

	9	9	Находясь среди незнакомых людей, я, как правило, не начинаю разговор первым	-	
	10	10	Когда я узнаю что-то новое, то ищу друзей и знакомых, с которыми можно поделиться	+	
	11	11	При встрече со знакомыми людьми я стараюсь поделиться новостями	0	
	12	12	Мне трудно рассказывать о новостях друзьям и знакомым	-	
	13	13	Я часто обращаюсь за советом к разным людям	+	
	14	14	Иногда в затруднительных ситуациях я обращаюсь к кому-либо за советом	0	
	15	15	Обычно я не решаюсь обращаться к людям за советом	-	
	16	16	Я легко откликаюсь на любые просьбы прохожих на улице	+	
	17	17	Я не очень люблю отвечать на вопросы прохожих на улице	0	
	18	18	Меня раздражают любые просьбы прохожих на улице	-	
общительность	19	19	Мне нравятся люди, которые любят поговорить о чем-либо	+	общительность
	20	20	Я предпочитаю не очень разговорчивых людей	0	

Продолжение Таблицы 14

	21	21	Меня раздражают много говорящие люди	-	
	22	22	Начав говорить, я с трудом останавливаюсь	+	
	23	23	Я не очень разговорчивый человек	0	
	24	24	Знакомые считают меня молчуном	-	
	25	25	Общение для меня является источником радости	+	
	26	26	Общение для меня не связано с определенными позитивными или негативными эмоциями	0	
	27	27	Общение с другими людьми, знакомыми и незнакомыми, как правило, вызывает у меня внутреннее напряжение	-	
	28	28	Я всегда стараюсь прервать молчание в кругу людей	+	
	29	29	Я испытываю неловкость от молчания в кругу людей	0	

Результаты исследования тревожности детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Учащиеся	Тревожность в %	Уровень тревожности
1 А. Б.	56,6	Высокий
2 А. Ж.	54,5	Высокий
3 Б. Б.	49,9	Средний
4 В. С.	50,1	Высокий
5 Д. Н.	56,2	Высокий
6 И. А.	53,5	Высокий
7 К. Б.	57,3	Высокий
8 К.А.	57,2	Высокий
9 К. Д.	59,6	Высокий
10 М. А.	32,7	Средний
11 М. Д.	33,4	Средний
12 М. А.	36,7	Средний
13 М. С.	32,4	Средний
14 Н. Д.	34,2	Средний
Средний показатель	47,45	Средний

Результаты исследования тревожности детей не имеющие инвалидности.

Учащиеся	Тревожность в %	Уровень тревожности
1 М. Д.	25,6	Низкий
2 М. А.	24,6	Низкий
3 М. С.	24,3	Низкий
4 Н. Д.	24,1	Низкий
5 Н. С.	25,7	Низкий
6 Н. М.	26,7	Средний
7 О.С.	25,8	Низкий
8 С. С.	30,5	Средний
9 Т. А.	25,5	Низкий
10 Т. А.	25,7	Низкий
11 Т. М.	24,7	Низкий
12 Т. Б.	27,5	Средний
13 Ш. З.	25,4	Низкий
Средний показатель	25,9	Низкий

Результаты исследования определения направленности личности
(ориентационная анкета) (Б. Басс).

№	Дети – инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата	Дети не имеющие инвалидности
1.	Я	Я
2.	Д	Я
3.	Я	Я
4.	О	О
5.	Я	Д
6.	О	О
7.	Д	Д
8.	О	О
9.	О	Д
10.	О	Я
11.	Д	О
12.	О	О
13.	О	Д
14.	О	
Итого:	22 %	31%
Я	22 %	38%
О	56%	31%
Д		

Результаты исследования психологического благополучия личности детей не имеющие инвалидности (методика К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко, 2015)

№	Позитивное отношение с окружающими	Автономия	Управление средой	Личностный рост	Цели в жизни	Самопринятие	Баланс аффекта
1.	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий
2.	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий	Высокий	Высокий
3.	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий
4.	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий
5.	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий	Низкий	Высокий
6.	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий
7.	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Низкий
8.	Высокий	Низкий	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий

9.		Высокий	Высоки й	Высок ий	Выс окий	Высо кий	Низки й	Высо кий
10.		Высокий	Высоки й	Высок ий	Выс окий	Высо кий	Высок ий	Высо кий
11.		Высокий	Высоки й	Высок ий	Выс окий	Низки й	Низки й	Высо кий
12.		Низкий	Низкий	Низки й	Низк ий	Высо кий	Высок ий	Низки й
13.		Высокий	Высоки й	Высок ий	Выс окий	Высо кий	Высок ий	Высо кий
Ито ги:	Низки й	4	4	4	10	4	10	4
	Высо кий	9	9	9	3	9	3	9

Результаты исследования психологического благополучия личности детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (методика К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко, 2015)

№	Позитивное отношение с окружающими	Автономия	Управление средой	Личностный рост	Цели в жизни	Самопринятие	Баланс с аффекта
1.	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий
2.	Высокий	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий
3.	Низкий	Высокий		Высокий	Высокий	Высокий	Низкий
4.	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Высокий
5.	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	
6.	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий

7.		Низкий	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий	Низкий
			ий	ий	ий	кий	й	й
8.		Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Низкий	Низкий
		й	ий	й	й	кий	й	й
9.		Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Высокий	Низкий
		й	ий	й	й	кий	ий	й
10.		Высокий	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий
		й	ий	ий	ий	кий	ий	й
11.		Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий	Низкий
			окий	ий	ий	кий	й	й
12.		Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Высокий
		й	ий	й	й	й	ий	кий
13.		Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Высокий	Низкий
		й	ий	й	й	кий	ий	й
14.		Высокий	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий
		й	ий	ий	ий	кий	ий	й
Итого:	Низкий	4	10	8	6	3	4	11
	Высокий	10	4	6	8	11	10	3

Результаты исследования комплексной психологической диагностики
общения детей не имеющие инвалидности

№	Общительность	Направленность						Стили			Уровень				Диалогичность
		к в	а	о	я	т ы	о н	д р	к в	к с	к	и	с	р	
1.	Высокий	1	2	3	3	2	2	1	3	2	2	3	1	1	Внутренняя я
2.	Высокий	3	1	2	2	2	3	3	1	2	3	2	1	1	Внешняя
3.	Высокий	1	3	2	2	2	3	2	2	3	1	3	3	2	Внутренняя я
4.	Высокий	2	3	2	1	2	3	3	2	1	1	3	2	2	Внешняя
5.	Высокий	2	2	1	2	3	1	1	3	2	3	3	1	2	Внутренняя я
6.	Средний	3	2	2	1	2	3	2	3	1	2	1	2	2	Внутренняя я
7.	Высокий	2	3	1	1	2	3	2	2	2	1	2	3	3	Внутренняя я
8.	Высокий	2	3	1	1	3	2	1	3	2	2	3	2	2	Внутренняя я
9.	Средний	1	2	1	2	1	3	3	1	2	1	3	2	1	Внутренняя я
10.	Высокий	2	2	3	2	3	1	3	1	2	1	2	3	1	Внешняя
11.	Высокий	1	3	2	1	3	2	2	1	3	3	1	2	2	Внутренняя я

12.	Средний	2	3	1	1	3	2	1	3	2	2	1	2	2	Внутренняя		
13.	Высокий	2	3	1	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	Внутренняя		
Итого:	Низкий	0	4	1	6	6	1	6	5	4	2	5	4	3	4	Внешняя	3
	Средний	3	7	5	5	6	7	5	4	3	9	5	3	7	7	Внешняя	
	Высокий	10	2	7	2	1	5	2	4	6	2	3	6	3	2	Внутренняя	10

Результаты исследования комплексной психологической диагностики общения детей – инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

№	Общительность	Направленность						Стили			Уровень				Диалогичность		
		к в	а	о	я	т ы	о н	д р	к в	к с	к	и	с	р			
1.	Высокий	3	2	2	3	1	2	3	3	1	3	3	3	2	Внешняя		
2.	Низкий	3	2	2	2	3	1	3	1	1	3	3	1	1	Внутренняя		
3.	Высокий	3	2	2	3	1	2	3	3	1	3	3	2	2	Внешняя		
4.	Средний	2	3	1	2	1	3	2	3	1	2	2	1	3	Внешняя		
5.	Высокий	3	2	1	3	1	2	3	3	2	3	3	2	2	Внешняя		
6.	Средний	2	3	2	1	2	3	3	2	1	3	2	1	3	Внутренняя		
7.	Низкий	3	2	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	Внешняя		
8.	Средний	1	2	3	2	1	3	3	3	1	3	1	1	3	Внешняя		
9.	Средний	2	3	2	2	1	3	3	3	2	3	2	2	3	Внешняя		
10.	Средний	2	3	2	2	1	3	2	3	1	2	2	2	3	Внешняя		
11.	Низкий	3	2	1	1	3	2	3	1	1	3	3	2	2	Внутренняя		
12.	Средний	2	1	2	2	1	3	2	3	2	2	2	2	3	Внешняя		
13.	Средний	1	2	2	1	2	3	3	2	2	3	1	2	3	Внутренняя		
14.	Средний	2	3	2	1	2	3	2	2	1	2	2	1	3	Внешняя		
Итого:	Низкий	3	6	1	4	5	8	1	0	3	9	9	2	5	1	Внешняя	10

	Средн ий	8	2	8	9	6	3	5	5	3	5	5	6	8	5	я	
	Высо кий	3	6	5	1	3	3	8	9	8	0	0	6	1	8	Вну трен няя	4