**Министерство здравоохранения РФ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.СЕЧЕНОВА**

**Факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы**

**Отделение клинической психологии**

**Кафедра педагогики и медицинской психологии**

|  |
| --- |
| ДОПУЩЕН К ЗАЩИТЕ |
| Заведующий кафедрой |
| профессор, д.психол.н. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Творогова Н.Д. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Выпускная квалификационная (дипломная) работа на тему:**

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ**

Специальность 37.05.01 – Клиническая психология

Руководитель

Доцент, кандидат психологических наук Васина Александра Николаевна

Студент

Клиническая психология, группа 07–02 Шмелева Анна Вячеславовна

Москва – 2017

Содержание

[Введение 3](#_Toc455572858)

[Глава 1. Теоретический анализ литературы по проблеме исследования 6](#_Toc455572859)

[1.1 Эмоциональный интеллект и его структура 6](#_Toc455572860)

[1.2. Инвалидность и её виды 14](#_Toc455572861)

1.3 Психологические особенности детей-инвалидов…………………..……22

1.4. Психологические особенности родителей детей-инвалидов…………….38

## Вывод к главе 1…………………………………………………………………40

[Глава 2 Эмпирическое исследование эмоционального интеллекта родителей детей инвалидов 4](#_Toc455572863)2

[2.1 Описание испытуемых 4](#_Toc455572864)2

[2.2 Методики исследования 42](#_Toc455572865)

[2.3 Результаты исследования](#_Toc455572866) 45

[2.4. Обсуждение результатов 59](#_Toc455572867)

[Вывод к главе 2 63](#_Toc455572868)

[Заключение](#_Toc455572869) 65

[Список литературы](#_Toc455572870) 68

[Приложение 74](#_Toc455572871)

# Введение

Актуальность темы исследования.

На сегодняшний день наиболее значимым условием для благоприятного развития ребёнка является гармоничная семья. Так как только в семье малыш осваивает первые этапы социализации, а так же в ней происходит становление его личности. Семья выполняет главную функцию, которая заключается в передаче детям системы ценностей и норм, включении их в социальную среду, в разнообразные социальные связи. Выполняя воспитательную, образовательную функцию, семья формирует у ребёнка те или иные правила и нормы поведения, цели, ценности и, наконец, закладывает фундамент духовного, мировоззренческого начала.

Поэтому ни один другой социальный институт не в состоянии в этом смысле заменить ребёнку семью. Значимость семьи возрастает при воспитании детей с нарушениями в развитии. От специфики взаимоотношений такого ребёнка с родителями, от родительской позиции во многом зависит его эмоциональное благополучие и личностное развитие.

Долгие годы внимание специалистов было обращено на решение вопросов, затрагивающих непосредственно ребёнка с нарушениями в развитии. Семья, воспитывающая ребёнка-инвалида, не входила в проблемное поле исследований. Современный подход к семье, воспитывающей ребёнка с отклонениями в развитии, рассматривает её как реабилитационную структуру, изначально обладающую высокими потенциальными возможностями. Следовательно, оптимизируя внутрисемейные отношения и повышая уровень психолого-педагогической компетентности, можно решить проблему адресной помощи проблемному ребёнку. В семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, наблюдаются серьёзные качественные изменения, проявляющиеся на нескольких уровнях: психологическом, социальном и соматическом.

Кроме этого, об актуальности выбранной темы обоснуется и тем, что особенности личностных характеристик родителей, воспитывающих детей-инвалидов выражаются в принципиально важном феномене – эмпатии. Поскольку уровень эмтатии отражает уровень внутренней гармонии и способности сопереживать окружающим, то развитие ее уровня у родителей детей-инвалидов позволило бы повысить их самооценку и снизить уровень тревожности.

Недостаточная разработанность теоретических и практических аспектов личностного взаимодействия на основе эмпатии личности, как общечеловеческой ценности так же указывает на актуальность темы исследования.

Контроль собственных эмоций и адекватное восприятие эмоций ребенка – основные навыки и качества родителя. Таким образом, в работе стоит рассмотреть такие моменты как: самопознание и развитие соответствующих качеств(мудрость, доброта, терпеливость, контроль эмоций, понимание чужих эмоций) у родителей детей инвалидов.

Предмет: эмоциональный интеллект родителей детей-инвалидов.

Объект: родители детей-инвалидов.

Цель дипломной работы: изучение эмоционального интеллекта родителей детей-инвалидов.

Исходя из цели, решаем следующие задачи:

1. Теоретическое изучение понятий «интеллект», «инвалидность»;
2. Теоретическое изучение психологических особенностей детей-инвалидов;
3. Практическое исследование эмоционального интеллекта родителей детей инвалидов.

Гипотеза: эмоциональный интеллект родителей детей-инвалидов характеризуется специфическими особенностями.

Практическая значимость. Исходя из современной трактовки инвалидности, предметом особенного внимания со стороны государства и общества должны выступить вопросы, касающиеся восстановления социально-ролевой функции человека в условиях ограниченной свободы. При этом основной акцент при решении проблем инвалидов и инвалидности смещается в сторону реабилитации, опирающейся прежде всего на социальные механизмы компенсации и адаптации. Во многом реабилитация детей зависит от родителей, от обстановки в семье. Именно поэтому важно изучать эмоциональный интеллект родителей таких детей, ведь от уровня эмоционального интеллекта зависит развитие, формирование личности и социализация ребенка.

В нашей стране давно назрела необходимость создания специальных психологических программ помощи детям с низкой способностью к реабилитации и членам их семей. Создание их должно опираться на четкую методологическую основу и иметь научное обоснование.

# Глава 1. Теоретический анализ литературы по проблеме исследования

## 1.1 Эмоциональный интеллект и его структура

В зарубежной литературе практический, социальный и эмоциональный интеллект получили название «горячих» видов интеллекта, так как они оперируют «горячими» когнициями, имеющими дело с личностно важной для человека информацией [28; С.89].Внимание к «новым» видам интеллекта обусловлено тем, что их измерение, в противопоставление академическому интеллекту, связывается с профессиональными успехами человека (карьерным ростом, заработной платой и пр.). Формирование, развитие и особенности функционирование эмоционального интеллекта в связи с этим приобретает особое значение в русле идеи успешности студента как будущего специалиста, то есть на начальном этапе его профессионального становления.

Успешность учебной, учебно-профессиональной деятельности студентов рассматривается учеными с позиции развитости мотивации, готовности, волевых, познавательных, эмоциональных процессов и др., однако многими авторами признается одна из ведущих ролей в успешности учебной деятельности студентов эмоционального интеллекта (И.Н. Андреева, И.И. Ветрова, А.А. Волочков, И.Н. Мещерякова, А.А. Панкратова, А.Ю. Попов, Е.А. Сергиенко и др.) [1; С.211].

В эмоциональном компоненте целесообразно оставить эмпатию, эмоциональную устойчивость. Авторами подчеркивается, что мотивация достижения «… регулирует процесс деятельности в ситуации достижения по всему ходу еѐ осуществления» [18, С. 54]., «достиженческая» деятельность «мотивируется стремлением сделать что-то как можно лучше и/или быстрее, совершить прогресс, за которым стоят базовые человеческие потребности в достижении, росте и самосовершенствовании» [там же, С. 32]. В когнитивном компоненте адекватная самооценка представляет собой, самооценку эмоциональных состояний, а не общую самооценку, что подтверждается общей логикой изучения заглавного феномена.

Кроме того, эмоциональное самосознание и осведомленность целесообразно соединить в показатель эмоциональной компетентности. За это изменение говорит, во-первых, известность и большая разработанность термина «эмоциональная компетентность», используемого, в том числе в рамках исследований эмоционального интеллекта (И.Н. Андреева, Д. Гоулмен, Дж. Мейер и др.), а во-вторых, использование частного случая термина «осведомлѐнность» вне идеи его иерархичности среди терминов смыслового «гнезда» (информированность, знакомость, посвященность, эрудированность и пр.) [1; С.212].

Отобразим эмоциональный интеллект в единстве его компонентов (рисунок 1).



Рис. 1. Эмоциональный интеллект

Д. Гоулман и др. в работе « Эмоциональное лидерство» утверждает, что с точки зрения деловых людей, эмоции и настроение реально влияют на исполнение работы. Также есть и другие мнения: так Р.Стернберг отмечает, что переживаемые во время работы эмоции наиболее точно отражают истинно качество трудовой жизни. Исходя из вышесказанного, можно предположить актуальность обладания эмоциональной компетентностью - открытостью человека своим эмоциональным переживаниям, что обеспечивает эффективное межличностное взаимодействие [10; С.187].

Выделяют три основных подхода к интеллекту:

* как к способности обучаться (А.Бине, Ч.Спирмен, и др.),
* способности оперировать абстрактными понятиями (Э.Торндайк и др.),
* способности адаптироваться к новым условиям (В.Штерн, Ж.Пиаже и др.).

В начале двадцатого века возник психометрический подход к определению интеллекта, в рамках которого интеллектуальные способности и коэффициент интеллекта рассматривались как тождественные. В отечественной психологии теория интеллекта рассматривается как часть теории способностей. Интеллект понимается как общая способность, несводимая к знаниям и навыкам, влияющая на процессуальные характеристики деятельности и формирующаяся в ней (Б.М.Теплов, Н.С.Лейтес, С.Л.Рубинштейн). Но практика и последующие исследования показали, что психометрический интеллект не является единственным видом интеллекта и не определяет успешность жизнедеятельности человека в целом [45; С.180].

В связи с этим появляются такое понятие как «эмоциональный интеллект». В 1990 г. американскими психологами П.Саловей и Дж.Майер для обозначения таких специфических свойств человеческой психики как умение разбираться в собственных чувствах, понимать настроение людей, а также умение регулировать собственные эмоции. В соответствии с данным подходом к пониманию эмоций выдвигается понятие «эмоциональный интеллект». Сегодня никто не будет спорить с утверждением, что успешных людей отличает высокоразвитый эмоциональный интеллект (Е(2). Впервые об этом явлении заговорили на Западе в начале 90-х годов 20 века [27; С.113].

По мнению Д.Гоулмана, эмоциональный интеллект - это умение «обуздывать» эмоциональный импульс, понимать глубокие внутренние чувства другого человека, регулировать отношения. В 1995 г. Д.Гоулман в своей книге «Эмоциональный интеллект» доказывает, что жизненный успех индивида определяется не столько коэффициентом умственного развития, сколько наличием эмоционального интеллекта. По данным Р.Бар-Она, эмоциональный интеллект определяется такими качествами индивида, которые помогают ему противостоять требованиям и давлению внешней среды [10; С.191].

Манфред Кете де Врис в книге «Мистика лидерства», связанной с рассмотрением феномена лидерства, выделяет три ключевых умения в развития эмоционального интеллекта: умение познание самого себя, умение управлять своими эмоциями, умение чувствовать команду. Он отмечает, что именно успешный эмоциональный потенциал отличает успешную карьеру от карьерного застоя. В статье «Многоликое лидерство» Д.Гоулман говорит о том, что эмоциональный интеллект определяется четырьмя фундаментальными способностями: к самоанализу, самоуправлению, социальной приспособляемостью и налаживанию социальных связей [10; С.193].

Каждая из этих способностей, в свою очередь, состоит из следующих свойств:

* самоанализ включает в себя эмоциональный самоанализ, трезвую самооценку, самоуверенность;
* самоуправление включает в себя: самоконтроль, постоянство, адаптивность, ориентацию на достижения, инициативность;
* социальная приспособляемость включает в себя: эмпатию, умение ориентироваться в общественной жизни, умение ориентироваться в системе обслуживания;
* налаживание социальных связей, куда входят: умение вести за собой, умение оказывать влияние, умение развивать других, умение общаться, склонность к переменам, умение улаживать конфликты, умение создавать личные связи, умение работать в команде [10; С.193].

Большинство исследований, связанных с изучением эмоционального интеллекта, рассматривают его в сфере бизнеса, опираясь в основном на эмпирические исследования. Полного теоретического анализа, подкрепляемого экспериментальными данными, мы не встречали. Практически нет исследований, связанных с выяснением роли эмоционального интеллекта в формировании статусной позиции лидера в молодежной среде. Тем не менее, его важно развивать у будущего педагога, поскольку именно от него во многом зависит формирование личности тех, кого он будет учить в своей профессиональной педагогической деятельности.

Эмоциональный интеллект личности взаимосвязан с различными психологическими факторами, а именно: с уровнем самоактуализации, различными компонентами самоотношения, уровнем тревожности, уровнем самооценки и пятью факторами личностного опросника: нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество, добропорядочность. Человек является динамической системой. Процесс его развития и изменения детерминируется многими причинами, факторами и условиями как внешнего, так и внутреннего происхождения. Их комбинация образует очень сложную систему [20; С.129].

Эмоциональный интеллект как фактор улучшения адаптационных возможностей человека, эмоционального здоровья личности, межличностного взаимодействия и т.д., по нашему предположению, характеризуется и определяет качественное своеобразие индивидуально-психологических особенностей личности. К ним можно отнести: самоактуализацию, тревожность (ситуативная, личностная), добросовестность, открытость новому опыту, эмоциональную устойчивость, позитивное отношение к окружающим, самоуважение, самоинтерес, самоуверенность, самопоследовательность, самопонимание и, как результат, относительно высокий уровень эмоционального интеллекта, а это означает эмоциональную осведомленность, умение управлять своей эмоциональной жизнью, инициативное поведение (самомотивацию), эмпатичность [20; С.130].

В Институте психологии РАН Д.В. Люсиным с коллегами разрабатывается подход, который рассматривает эмоциональный интеллект как психологический конструкт, который складывается в процессе всей жизни человека, и под комплексным влиянием факторов. Эти факторы формируют развития и специфические индивидуальные характеристики человека. Можно выделить следующие группы таких факторов: это когнитивные способности, наше представление об эмоциях, и индивидуальные выражение эмоциональности каждого человека [21; С.3].

Подход Д.В. Люсина отличается от остальных подходов тем, что в категорию «эмоциональный интеллект» не входят личностные особенности, которые взаимосвязаны с возможностью понимать и руководить своими эмоциями. По мнению Д.В. Люсина, эмоциональный интеллект является конструктом, имеющим двойственную природу и взаимосвязан как с когнитивными способностями, так и с личностными особенностями индивида [21; С.5].

Подходы к пониманию сущности эмоционального интеллекта очень разнообразны, что говорит о сложности и неоднозначности данного явления. Однако, в существующих определениях можно выделить ряд общих моментов:

* эмоциональный интеллект – это способность, следовательно, он связан с определенной деятельностью и является личностным образованием;
* эмоциональный интеллект имеет сложную структуру, состоящую из ряда способностей;
* эмоциональный интеллект независим от общего интеллекта и измеряется невербальными способами;
* эмоциональный интеллект касается сферы субъект-субъектных отношений [21; С.6].

Также, на основе рассмотренного материала, можно описать структуру эмоционального интеллекта и выделить его функции. Эмоциональный интеллект можно рассматривать с содержательной и динамической сторон. Содержательная включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, динамическая – 3 уровня развития: потенциальных способностей, актуальных способностей и результативный.

Выделяемые различными авторами функции эмоционального интеллекта можно объединить в 3 класса:

1) Познавательно-оценочные функции – определение индивидуальных возможностей для решения определенной задачи, содержания межличностного взаимодействия; планирование и прогнозирование межличностных событий и их развитие.

2) Коммуникативно-ценностные – выделение и усвоение норм и эталонов взаимоотношений, решение текущих коммуникативных задач.

3) Рефлексивно-коррекционные – самопознание, осознание достоинств и недостатков, внесение изменений в процесс взаимодействия, саморазвитие [21; С.10].

В 1990 году структура эмоционального интеллекта предложили ученые Дж. Майер, П. Саловей. Они считали, что в сфере взаимоотношений эмоции способны передавать различные сигналы и распознавать их. К примеру, счастье – сигнал единения, гнев – сигнал наличия препятствий при достижении определенных целей, при угрозе возникает страх, и т. п. Они считают, что есть универсальные эмоции, которые и способны распознавать на лицах люди с высоким эмоциональным интеллектом [27; С.119].

Структура эмоционального интеллекта Дж. Майера и П. Саловеям представлена в таблице 1.

Таблица 1. Структура эмоционального интеллекта

|  |
| --- |
| Ветви ЭИ |
|  Идентификация и выражение эмоций  |  Регуляция эмоций |  Использование эмоций в мышлении и деятельности |
|  • собственных (вербальное или невербальное) • других людей (невербальное восприятие или эмпатия)  |  • собственных • других людей | • гибкое планирование; • творческое мышление; • переключение внимания; • мотивация |

К 1997 г. ученые Джон Майер и Питер Саловей немного усовершенствовали свою модель ЭИ, сделав новый акцент на когнитивном подходе. При таком, качественно измененном подходе, для человека могут открываться новые качественные возможности функционирования [27; С.120].

При этом, они считают, что можно объединить эмоции и мышление, что поможет решать наиболее эффективно рядовые жизненные задачи.

Индивид, у которого высокий уровень эмоционального интеллекта, сможет более качественно и легко справиться с явлением эмоциональной нестабильности. При управлении своими эмоциями, авторы подхода подразумевали развитие наиболее эффективного взаимодействия и взаимопонимания с другими людьми, при этом подразумевается, что они будут учитывать наиболее различные варианты развития эмоций и их более обширный выбор.

Управление индивидом своими эмоциями подразумевает гибкость, исходя из особенностей этих ситуаций [27; С.120].

Таким образом, эмоциональный интеллект является фактором улучшения адаптационных возможностей человека, эмоционального здоровья личности, межличностного взаимодействия и т.д., и характеризуется и определяет качественное своеобразие индивидуально-психологических особенностей личности. Многими авторами признается одна из ведущих ролей в успешности учебной деятельности студентов эмоционального интеллекта. С точки зрения деловых людей, эмоции и настроение реально влияют на исполнение работы. Также есть и другие мнения: что переживаемые во время работы эмоции наиболее точно отражают истинно качество трудовой жизни. Большинство исследований, связанных с изучением эмоционального интеллекта, рассматривают его в сфере бизнеса, опираясь в основном на эмпирические исследования.

## 1.2. Инвалидность и её виды

Детская инвалидность является важнейшей проблемой современности, так как она охватывает большое количество детей, которые нуждаются во внимании и многосторонней поддержке общества, медицинской, социальной, экономической и иной помощи. С 1996 года, когда в России был введен статистический учет детской инвалидности, происходит постоянное увеличение числа детей-инвалидов в возрасте от 0 до 15 лет [51; С.7].

Инвалидность - это специфическая особенность развития и состояния личности, часто сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных её сферах. Вследствие этого инвалиды становятся особой социально-демографической группой.

Инвалидность у детей является интегральным показателем здоровья нации. На сегодняшний день проблема социализации детей-инвалидов по-прежнему остается одной из острых.

Дети с ограниченными умственными и физическими возможностями как социальная категория людей нуждаются в постояннойзащите, помощи и поддержке. Основной причиной инвалидности являются психоневрологические заболевания, которыми страдают более 60% детей, у

20 % имеются заболевания различных внутренних органов, 10% страдают заболеваниями разной степени тяжести опорно-двигательного аппарата, у 8% нарушено зрение (8%), 4% с нарушением слуха [51; С.8].

Ведущее значение среди причин детской инвалидности имеет врожденная и наследственная патология, хромосомные болезни, болезни внутриутробного и перинатального периодов, у детей старших возрастных групп возрастает роль травматизма и приобретенной патологии. У многих детей риск инвалидности существует задолго до рождения.

Факторы риска (ФР) детской инвалидности изучаются не одно десятилетие, ибо диапазон их влияния весьма широк. ФР не является причиной заболеваемости, но обусловливает функциональные отклонения роста и развития, возникновение болезней и летальные исходы.

По данным ВОЗ, 20% детской заболеваемости и инвалидности вызваны пороками развития. В ряде исследований показано, что около 65% заболеваний, явившихся причинами возникновения у детей недостатков в умственном и физическом развитии, относятся к врожденным аномалиям и хромосомным нарушениям, в основе которых лежит поражение ЦНС в антенатальном периоде развития. Прежде всего среди них ДЦП – 35%, эпилепсия – 20,1%, а также наследственные дегенеративные заболевания ЦНС [51; С.9].

Среди наследственных болезней; моногенные наследственные заболевания занимают одно из ведущих мест среди причин детской инвалидности. Согласно различных источников, их частота составляет 1,8-9,5 на 1000 жителей, с ними связана инвалидность у 7 детей из 1000.Частота наследственных болезней столь значительна, что составляет серьезную проблему здравоохранения. Многие хронические болезни характеризуются полигенным или мультифакториальным наследованием; они развиваются под влиянием. факторов внешней среды на неблагоприятном наследственном фоне. Они составляют 50 % всей хронической патологии человёка [43; С.88].

Поражает почти полное сходство распредёления причин детской инвалидности и структуры наследственной патологий у детей. Действительно, ведущие места среди наследственных болезней у детей принадлежат поражениям центральной, периферической нервной системы и нервно-мышечным заболеваниям, поражениям скелета, далее по частоте следуют поражения глаз, органов слуха, кожи, эндокринной системы, отдельных органов и системы крови. Аналогично распределение по видам патологии причин детской инвалидности.

Диагностика большинства наследственных болезней требует применения всего современного арсенала диагностических приемов - общей и молекулярной генетики, аналитической биохимии (хромато-массспектрометрию, газовую и высокоэффективную жидкостную хроматографию), методов современной иммунологии и др. Однако, эти методы пока мало доступны практическому здравоохранению, и пока трудно назвать такой центр в России, где были бы сосредоточены эти методы. Наиболее полным диагностическим спектром располагает Московский НИИ педиатрии и детской хирургии, где еще в 70-х годах был создан отдел клинической генетики [43; С.89].

Многие наследственные заболевания проявляются не сразу после рождения, но после периода относительно «нормального» развития ребенка. Генетики считают, что при рождении проявляется лишь 25 % патологических наследственных фенотипов. Чтобы выявить наследственную патологию в доклинической стадии и по возможности раньше назначить превентивную терапию были предложены просеивающие или скрининг-программы массового обследования новорожденных на такие заболевания, как фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, угрожающие глубоким нарушением интеллектуального развития [35; С.214].

Рассмотрим основные виды инвалидности.

*1. Хромосомные болезни.*

Частота хромосомных мутаций у новорожденных составляет 0,6 %. Хромосомные болезни занимают более значительное место в структуре причин детской инвалидности, чем это принято считать. Классические хромосомные болезни характеризуется глубокой задержкой психомоторного развития, множественными стигмами дизэмбриогенеза,дисморфическими признаками, врожденными пороками сердца, почек (синдром Эдвардса или трисомия, синдром Патау или трисомия), но они встречаются редко, и немногие дети с этими синдромами доживают до 1 года.

Наиболее часто встречающаяся хромосомная патология - болезнь Дауна. Частота случаев этой болезни 1:600 новорожденных. Каждый год в России появляются на свет более 2400 детей с этой болезнью. И хотя у больных часто имеется врожденный порок сердца, они подвержены заболеванию лейкозом, они все-таки более жизнеспособны, чем дети с другими трисомиями. Умственная отсталость, сочетающаяся с азиатскими чертами лица, - ведущие признаки болезни Дауна. Ее лечение пока практически невозможно, поэтому дети либо остаются на попечении семьи, либо сразу после рождения определяются в дома - ребенка, как инвалиды.

Выяснилось, что среди умственно отсталых детей почти также часто, как болезнь Дауна, выявляется синдром фрагильной или ломкой X-хромосомы (синдром фра - Х). Его частота составляет 1:1250 мальчиков и 1:2000 девочек. Умственная отсталость является единственным проявлением этой хромосомной аномалии [35; С.215].

Синдром Шерешевского-Тернера редко служит причиной глубокой инвалидности, но может быть причиной задержки роста, физического развития и полового созревания девочек. Умственная отсталость наблюдается у 10 % больных девочек. Частота типичных форм синдрома 1:5000 девочек, но неполные формы встречаются значительно чаще. Такие формы проявляются только задержкой роста и поздним половым созреванием, они редко распознаются [26; С.23].

Синдром трипло наблюдается довольно часто - 1,2:1000 девочек и проявляется умственной отсталостъю различной степени при нормальном морфофенотипе.

Синдром Клайнфелтера часто впервые распознается лишь в подростковом возрасте, хотя частота его среди умственно отсталых детей составляет 1%. Этот синдром не всегда приводит к социальной недостаточности и инвалидности, хотя некоторые авторы считают, что для данного синдрома характерны аномалии поведения. Агрессивность поведения и умственная отсталость считаются типичными для синдрома, но он встречается редко.

Большинство хромосомных аномалий у детей проявляется задержкой умственного развития ребенка. МНИИ педиатрии и детской хирургии установили, что хромосомные аномалии обнаруживаются у 13,5 % умственно отсталых детей [26; С.23].

*2. Врожденные пороки развития.*

По данным, предоставленным Госкомстатом (1993), регулярность появления на свет детей с врожденными пороками в России составляет 1,1 %. Проведенные исследования выявляют их у 2,5 % младенцев, а к годику у детей врожденные пороки могут быть обнаружены уже у 5% детей. Однако, и эти данные ниже частот, приведенных в Европейском Каталоге врожденных пороков (Еврокат), согласно которым их средняя частота у европейских детей составляет 5-7%. Они подразделяются на большие и малые аномалии, что у нас не принято (регистрируются только «большие» пороки) [26; С.24].

Отдельные исследования, проведенные в зонах экологического неблагополучия, позволили выявлять врожденные пороки у 14-17 % детей, но существенного влияния на российский средне - статистический показатель распространенности ВПР эти выборочные данные не оказали. В то же время считается, что до 20% хронической детской заболеваемости обусловлено врожденными пороками развития органов и систем. 10% врожденных уродств связаны с хромосомными мутациями, 10% врожденных пороков - следствие прямого тератогенного влияния факторов внешней среды, 80 % врожденных пороков имеют полигенную природу.

 Частота хромосомных мутаций у детей с изолированными врожденными пороками составляет примерно 6%, у детей с множественными пороками - 13 %. Наследственные моногенные пороки развития редки, и среди всех величин врожденных пороков на них приходится 1 - 2%.

В структуре врожденных пороков первое место занимают врожденные пороки сердца (0,8 - 2,5% всех новорожденных), далее примерно с одинаковой частотой порядка 1% следуют врожденные пороки развития центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, аномалии скелета. Реже выявляются врожденные пороки органов мочевой системы и легких, они мало доступны для ранней диагностики [26; С.25].

*3. Недоношенность и низкая масса тела при рождении.*

Риск инвалидности особенно высок у новорожденных, у которых при УЗИ выявляются расширение желудочков мозга, снижение эхо-плотности в перивентрикулярных зонах. Всем новорожденным с неврологическими симптомами следует считать обязательным проведение УЗИ мозга.

Хотя решающее значение в возникновении этих изменений придается гипоксии и травматическим поражениям, в последние годы больше внимания уделяется другим факторам таким, как наследственные аномалии обмена, тканевая незрелость и малые врожденные аномалии мозга, несовместимость матери и плода по некоторым антигенам (например, по тромбоцитарным).

У маловесных и недоношенных детей чаще, чем у доношенных наблюдается гипербилирубинемия, причем порог токсического действия билирубина на мозг у них снижен [26; С.25].

*4. Внутричерепная родовая травма.*

Травма мозга в родах до недавнего времени считалась единственной причиной его стойкого поражения, но, как отмечено выше, теперь эта точка зрения изменилась. Травма ЦНС может произойти в родах, но как считает большинство невропатологов, ишемические и геморрагические явления возникают на предуготованной почве - в связи с плацентарной недостаточностью, внутриутробной инфекцией, задержкой внутриутробного развития.

Перинатальные повреждения мозга далеко не всегда характеризуются неблагоприятным прогнозом. Если у ребенка имелись при рождении признаки внутричерепной родовой травмы, то вероятность инвалидности может возникнуть у 13-15% детей. Неблагоприятным прогностическим индикатором служит судорожный синдром у новорожденных с гипоксическим поражением мозга.

Для постановки диагноза перинатальной энцефалопатии и детского церебрального паралича необходимо наблюдение за развитием ребенка, по крайней мере в течение 9 месяцев. Утверждают, что благодаря развитию методов интенсивной терапии в периоде новорожденности повысились шансы на выживание детей с серьезными поражениями ЦНС и заболеваниями [26; С.26].

*5. Постинфекционные и токсические поражения центральной и периферической нервной системы.*

Стойкиецеребральные нарушения возникают после синдрома Рея (Reye)-острой энцефалогепатопатии вирусной или токсической природы. Все виды коматозных состояний у детей сопряжены с высоким риском развития остаточных неврологических последствий и инвалидности.

Осложнения и тяжелые стойкие последствия в виде энцефалопатии отмечаются у 1- 2% детей, перенесших бактериальный менингит менингококковой этиологии или вызванный Неmоphilus infuencae. Менее тяжелые неврологические последствия и глухота возникают у 3-25% переболевших детей.

Стали известны токсические энцефалопатии, вызванные химическими экопатогенами. В качестве примера можно привести свинцовую энцефалопатию у детей [16; С.102].

*6. Хронические полигенные (многофакторные) болезни.*

Хронические нервно-психические и соматические болезни полигенной природы занимают существенное место в ряду причин инвалидности у детей старших возрастных групп и представляют собою основные причины инвалидности взрослых.

Речь идет о болезнях с наследственным предрасположением. В отличие отмоногенных наследственных болезней, обусловленных мутацией одного гена (при доминантном наследовании) или двух аллельных генов (при рецессивном), полигенные хронические болезни обусловлены суммарным или аддитивным действием нескольких генов.

Они могут проявиться при воздействии токсических веществ, микроорганизмов, вирусов и проч. Поэтому их называют многофакторными или мультифакториальными заболеваниями. К ним относятся ранние формы атеросклероза, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, сахарный диабет, конституциональное ожирение, ювенильный гипертиреоз, врожденныйгипотиреоз, почечно-каменная болезнь (кроме моногенных форм - цистинурии, оксалурии и др.), психопатологические состояния, шизофрения, эпилепсия, аллергические (бронхиальная астма) и аутоиммунные болезни (ревматизм, системная красная волчанка, аутоиммунный тиреоидит и др.) [16; С.103].

Полигенную основу имеет, повидимому, большинство врожденных пороков развития. При полигенно - наследуемой хронической патологии прослеживается семейная подверженность аналогичным заболеваниям. При этом семейная частота болезней значительно превышает популяционную. Эти болезни характеризуются длительным течением и варибельностью проявлений - от скрытых форм, пограничных состояний до тяжелой клинической симптоматики и инвалидизации. Наследование многофакторных болезней не подчинено законам Менделя, но риск повторного рождения больного ребенка в семье выше, чем в общей популяции.

Специальные исследования еще в доклинической стадии болезни позволяют выявить генетические, иммунологические, биохимические маркеры предрасположения (повышенный уровень холестерина) крови при риске ранних форм гипертонической болезни, или ишемической болезни сердца, определенные антигены тканевой совместимости HLA, указывающие на риск аутоиммунной патологии) или ассоциированные маркеры (группы крови, изоформы гаптоглобина, трансферрина, ряда ферментов) [16; С.110].

## 1.3 Психологические особенности детей инвалидов

ДЦП – одно из самых грозных неврологических заболеваний детского возраста. Термин "детский церебральный паралич" (ДЦП) объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения на различных этапах онтогенеза и характеризуются неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. Частота ДЦП составляет 2 – 2,5 на 1000 населения [16; С.102].

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это так называемое клиническое понятие, которое объединяет в себе большинство двигательных расстройств детей. ДЦП возникает в раннем возрасте и является результатом повреждающих факторов на головной мозг в принатальном или интеральном периоде. Многообразные проявления ДЦП зависят и от локализации повреждений мозга не только на церебральном, но и на спинальном уровне, и от многоуровневом поражении нервной системы ребенка.

В.В.Лебединский, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг [25; С.132] выделяют несколько параметров, устанавливающих характер нарушений личности при возникновении хронической болезни.

Первый параметр относится к функциональной локализации нарушения.

Второй параметр обусловлен временем появления болезни и ее тяжестью. При более раннем заболевании ребенка больше вероятность его недоразвития. Фактор времени измеряется хронологическим периодом появления болезни, а также длительностью ее протекания. Данный фактор оказывает воздействие и на специфику поражения функций. Не вызывает сомнения тот факт, что в процессе психического развития определенная функция в разное время проходит через сенситивный период, определяющийся высокой интенсивностью и наибольшей уязвимостью и неустойчивостью по отношению к негативным воздействиям [25; С.134].

Данные периоды специфичны не только для развития определенных психологических функций, но и для развития ребенка в целом. Нарушение в развитии не имеет равномерности: при повреждении нервной системы заболеванием, сначала страдают функции, находящиеся в сенситивном периоде, а следом - функции, связанные с повреждением. Третий параметр относится к взаимоотношениям между первичным и вторичным дефектом. Основываясь на положении Л.С.Выготского о системном строении дефекта, при нарушении развития можно говорить о двух группах показателей: первичные нарушения, обусловленные биологическими свойствами заболевания, и вторичные, появляющиеся в ходе нарушения социального развития. Причины появления вторичных нарушений различны [6; С.165].

Происходит вторичное недоразвитие функций, связанных непосредственно с поврежденной, т.е. специфическое недоразвитие, уменьшающееся по мере взросления. Одним из главных факторов появления вторичных нарушений развития можно назвать фактор социальной депривации. Любое нарушение в различной степени затрудняет общение и усвоение коммуникативных знаний и навыков. Если вовремя не проводить коррекционную работу с ребенком, это может привести к вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, нарушениям в эмоциональной и личностной сферах, связанных с ощущением неудачи (пониженная самооценка, уровень притязаний, появление аутистических черт и др.). Четвертый параметр, устанавливающий характер нарушений личности при возникновении болезни относится к искажению межфункциональных взаимодействий.

По современным представлениям физиологии и психологии новые качества возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений. В данном аспекте В.В.Николаева и Г.А.Арина в качестве факторов, воздействующих на формирование психической сферы больного ребенка, выделяли следующие [38; С.75]:

- характерный телесный опыт (переживания заболевания в раннем возрасте);

- концентрация внимания семьи на заболевании ребенка, определяющая включение болезни в качестве центрального звена в социальную сферу;

- принуждение ребенка образу жизни инвалида;

- переживание неудачи в значимой для ребенка деятельности;

- депривация эмоциональных переживаний, связанных с заболеванием. [38; С.75].

Зарубежные специалисты (C.M.McMahon, K.M.Lambros& J.A.Sylva др.), занимаясь исследованием психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья, выявили, что степень выраженности различных личностных характеристик у таких детей и уровень адаптированности детей с ограниченными возможностями здоровья определяются многими факторами [30; С.165]:

- степенью воздействия на физиологическое состояние детей: функциональное физиологическое бессилие значительно повышает вероятность возникновения психологических проблем. Чем более серьезна болезнь, тем более вероятно возникновение личностных проблем. К примеру, было определено, что информированность ребенка о своей болезни и особенностях ее протекания оказывает влияние на эффективность преодоления психологических сложностей, обусловленных заболеванием, а также способность к адаптации и принятию своей болезни и собственного статуса;

- учетом того обстоятельства, задет ли головной мозг, поскольку поведенческие реакции, сложности социального функционирования и трудности обучения зачастую обусловлены характером патологии или лечением, затрагивающим головной мозг;

- спецификой болезни: сложностью болезни, обстоятельствами лечения, имеющейся угрозой жизни, которые оказывают непосредственное воздействие на формирование личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья. К примеру, кистозный фиброз легких пагубно влияет на работу дыхательной системы, уменьшая продолжительность жизни ребенка, боязнь смерти возрастает с появлением каких-либо изменений в самочувствии ребенка;

- особенностями проведения медицинских процедур и лечением в стационаре;

- взаимным воздействием заболевания и различных аспектов жизнедеятельности ребенка. К примеру, ребенку с острой лимфоцитарной лейкемией необходимы длительные курсы лечения на протяжении нескольких лет, что предполагает частые и длительные отсутствия в школе, которое, и это, конечно, скажется на социальном и интеллектуальном развитии ребенка. Между тем такие изменения нетипичны для ребенка, к примеру, с артритом, поскольку дети с таким заболеванием обучаются по индивидуальной программе;

- особенностями жизнедеятельности семьи: как характер семейного функционирования, так и воздействие болезни на этот процесс, непременно сказывается на личностном развитии детей с ограниченными возможностями здоровья. Для членов семьи ребенка характерны определенные реакции на болезнь ребенка, которые со своей стороны оказывают влияние на его психическое состояние;

- индивидуальными личностными особенностями и собственными резервными возможностями ребенка: личностные свойства ребенка с ограниченными возможностями здоровья, присущие ему до заболевания, личностные аспекты реагирования на болезнь и желание преодолеть спровоцированную заболеванием ситуацию определяют психологическое и физическое состояние ребенка. Повышенная тревожность и сложности в обучении, недостаток внимания и повышенная возбудимость – все это сопровождает ребенка, имеющего заболевание [30; С.167].

В целом, можно отметить тот факт, что повышенная или заниженная оценка собственных возможностей, способностей, социального статуса характерна для детей с ограниченными возможностями здоровья чаще, чем у здоровых сверстников. Однако самооценку ребенка с ограниченными возможностями здоровья возможно корректировать не только извне, но и за счет прилагаемых усилий самого ребенка – развития личностных свойств, позволяющих эффективно справляться с неприятными эмоциями, формирования позитивное отношения к своим возможностям. В связи с этим, необходимо изучать специфику личностного развития детей данной категории для определения компенсаторного потенциала, имеющегося у ребенка.

Психологические возможности совладать с заболеванием обусловлены возрастом ребенка, его ведущей деятельностью. Ощущая недостаток жизненного опыта, ребенок пытается получить помощь от близкого взрослого (родителей), которые, обеспечивая определенное воспитание ребенка, могут как способствовать преодолению психологических преград, связанных с заболеванием, так и препятствовать данному процессу даже в случае благополучного восстановления соматического здоровья.

Е.Ю. Малеванов считает также необходимым обратить внимание на то, что детям с ограниченными возможностями здоровья свойственно чувство ущербности, порой переходящее в комплекс неполноценности, чаще всего развивающийся у детей данной категории в процессе понимания присущих им ограничений и обостряющийся при негативном отношении к ним окружающих людей [32; С.59].

В дополнение к этому, как отмечают В.В.Николаева, А.И.Тхостов и другие специалисты, трансформируется иерархия мотивов и ведущим мотивом может стать мотив выздоровления. Данная узкая ориентация на выздоровление не способствует видению жизненной перспективы, ведет к патологическому сосредоточению на процессе лечения и переживаниях болезни [38; С.81].

В процессе исследования психосоматической детерминации интеллектуального развития детей с ограниченными возможностями здоровья М.Н.Ливановой определено, что при небольшом объеме поражения легких, эффективность интеллектуальной работы не меняется, а в некоторых аспектах незначительно возрастает: продуктивность памяти, словесно-логическое мышление и внимание. При серьезных нарушениях соматики (с увеличением объема поражения легких) значительно ухудшаются интеллектуальные показатели [26; С.23].

Это не говорит о том, что такие сложности нельзя преодолеть. Пластичность коры головного мозга определяет развитие ребенка даже в сложных патологических ситуациях.

Наряду с этим, как отмечает И.В.Тимофеева, дети с ограниченными возможностями здоровья обладают большим потенциалом в развитии и обучении при условии реализации эффективной комплексной реабилитации [48; С.89]. В данном аспекте можно говорить о том, что для решения проблемы удовлетворения образовательных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо создать благоприятные ситуации социального взаимодействия данной категории детей с педагогами, психологами, родителями.

Кроме того, необходимо акцентировать внимание на воздействии определенных заболеваний на развитие психики ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В данном аспекте целесообразно говорить о двух типах воздействия заболеваний:

- неспецифическое воздействие заболевания, т.е. определенные изменения личностного развития ребенка, проявляющиеся при любом хроническом заболевании (повышенный уровень тревожности, неадекватная самооценка, чувство вины, изолированность и т.д.

- специфическое воздействие заболевания. В исследованиях специалистов рассмотрены характерные воздействия определенных заболеваний (сахарный диабет, вегето-сосудистая дистония, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, острый лимфобластный лейкоз и др.) на развитие психики ребенка с ограниченными возможностями здоровья[48; С.90].

Необходимо отметить, что кроме неспецифического воздействия болезни на психическое развитие ребенка, имеется и специфическое воздействие, детерминирующее характерные психологические особенности ребенка при определенной болезни. Рассмотрим личностные изменения детей с ограниченными возможностями здоровья, формирующиеся непосредственно под воздействием определенных хронических заболеваний. У детей с ограниченными возможностями здоровья, имеющих заболевания разной степени тяжести, вне зависимости от половой принадлежности, можно отметить высокий уровень личностной тревожности. Высокая тревожность у детей оказывает воздействие на формирующуюся систему психологических механизмов. Разными учеными тревожность определяется в качестве основной личностной характеристики и одного из ведущих факторов развития эмоционально-личностной сферы ребенка.

В формировании высокого уровня тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья целесообразно выделить два основных фактора: воздействие конкретного хронического заболевания и межличностные семейные отношения. С точки зрения Г.С.Салливена, тревожность обусловлена межличностными отношениями: «…тревожность связана с другими людьми. Она порождает в нас чувство ненадежности, когда мы портим отношения с другими людьми» [51; С.7].

В исследованиях К.Хорни подчеркивается ведущее значение неудовлетворения потребности в межличностной надежности. Особая роль отводится значению среды в формировании тревожности детей. В ситуации, когда у ребенка имеется хроническое соматическое заболевание, родители переживают негативное самоотношение, чувство вины, высокую личностную тревожность, отрицательные эмоции. Зачастую у матерей формируется определенное отношение к больному ребенку: неосознаваемое эмоциональное отвержение ребенка совмещается с авторитарным контролем психической и телесной жизни ребенка. К. Хорни характеризует данное патологическое отношение к ребенку следующим образом: матери «… могут быть доминирующими, гиперопекающими, запугивающими, тревожными, чрезмерно снисходительными, колеблющимися, по-разному относится к разным детям, некритичными, безразличными» и т. д. [52; С.24]

Нельзя говорить только о воздействии одного фактора, всегда имеется совокупность факторов, тормозящих развитие ребенка, в связи с чем у ребенка формируется не переживание сопричастности, а чувство полной неустойчивости и смутной обеспокоенности, которые можно охарактеризовать как «базисную тревожность». Можно констатировать, что при имеющемся хроническом заболевании ребенок развивается в атмосфере тревожности, значительно снижающей потенциал его развития. Исследования психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья показали, что для большинства детей, к примеру, с прогрессирующей близорукостью характерными особенностями являются высокий уровень личностной тревожности, желание стабилизировать окружающий мир, представляющийся таким детям беспорядочным и опасным [52; С.25].

Дети, болеющие бронхиальной астмой, на эмоциональном уровне зачастую переживают чувство страха, вины, ярости. У детей, больных сахарным диабетом, наблюдается взаимосвязь степени тревоги с качеством метаболического контроля, семейной ситуацией, возрастом детей. В исследованиях Т.В.Морозовой можно увидеть, что у детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта зачастую наблюдаются определенные нарушения психосоматического статуса в форме эмоциональных нарушений в комплексе с повышенной тревожностью [37; С.95].

С точки зрения Н.Д.Былкиной [2; С.13], в непосредственной взаимосвязи с уровнем тревожности стоят самооценка и уровень притязаний. Особенно это свойственно детям с ограниченными возможностями здоровья, имеющим хронические заболевания. При исследовании воздействия хронического заболевания на уровень самооценки и самоотношения детей, были получены данные о том, что самооценка детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом, значительно выше самооценки здоровых сверстников. Можно предположить, что имеющийся жизненный опыт детей, связанный с продолжительным лечением тяжелой болезни дает им основание считать себя более авторитетными для своих сверстников. Исследования Л.М.Шипицыной [51; С.7] и Л.С.Волковой [5; С.19] выявили определенную специфику эмоционально-личностных качеств у младших школьников с общим недоразвитием речи: для большинства из них характерным является заторможенность, зависимость от окружающих, безынициативность, чувствительность, несамостоятельность, склонность к спонтанному поведению.

Также встречается низкая работоспособность, которая у половины младших школьников взаимосвязана с выраженностью стрессовых реакций и доминированием отрицательных эмоций. С точки зрения Л.С.Волковой [5; С.21], детям с речевыми нарушениями присущи такие свойства, как слезливость, безразличие, вялость, желание быть незаметным, несформированность умений устанавливать контакт взглядом, нежелание присоединяться к играющим детям, отказ от социальных контактов, особенно с незнакомыми людьми, неумение отстаивать свое мнение, идти на компромисс. Результаты исследований зарубежных ученых показали, что самооценка у детей, имеющих онкологические заболевания в стадии ремиссии, не отличается от показателей здоровых детей.

У детей, болеющих сахарным диабетом, самооценка значительно ниже, чем у здоровых. У 70% детей, страдающих бронхиальной астмой, самооценка завышена по интеллекту. Кроме того, у данной категории детей чаще всего наблюдается негативное самоотношение, неполное принятие себя. По данным А.А.Лифинцевой, дети, страдающие язвенной болезнью, имеют показатели низкого самоуважения, неуверенности в себе и завышенного уровня притязаний [24; С.89].

Можно сказать, что присущая детям с ограниченными возможностями здоровья невысокая самооценка, неудовлетворенность собой, своим физическим состоянием приводит к значительному уменьшению коммуникации с другими людьми и со своими сверстниками. Детям с ограниченными возможностями здоровья сложно общаться со своими сверстниками по причине, как им видится, собственной непривлекательности, незначимости и неавторитетности.

В работах И.В.Забегайловой [14; С.20] при рассмотрении динамики психического развития детей с выраженными особенностями произвольной регуляции были обнаружены сложности в сфере общения, появившиеся по причине недостаточного развития произвольности:

* нежелание сотрудничать и устанавливать равноправные отношения со сверстниками, неориентированность на партнера, низкий уровень развития коммуникативных навыков;
* и самосознания: заниженная или завышенная самооценка, искаженное представление о своей успешности в учебной деятельности и др. В процессе исследования образа «Я» у детей с врожденным пороком сердца, А.С. Султанова [43; С.17] определила, что образ «Я» у детей с врожденным пороком сердца обладает некоторыми специфическими характеристиками по сравнению с образом «Я» здоровых детей: защитное отношение к себе, неспособность (или нежелание) осмысливать и предоставлять определенные сведения о себе, желание соответствовать социально одобряемому имиджу,
* конформность;
* негибкость образа «Я», неготовность изменять себя, консервативная самостоятельность в совокупности с позитивным отношением к себе;
* одобрительное оценивание собственного будущего, слияние «идеального Я» с «будущим Я» (зачастую дети неадекватно анализируют собственный потенциал, выстраивая иллюзорные прогнозы своего будущего);
* четкая установка к саморуководству, самонадеянность, а также чувство ценности своего «Я», состоятельности своего внутреннего мира, что свидетельствует об имеющихся у ребенка компенсаторных возможностях, желании справиться с неблагоприятной ситуацией, обусловленной болезнью.

Детям, страдающим сахарным диабетом, свойственны эмоциональная нестабильность, высокий уровень тревожности, эктравертированность, агрессивность. Наблюдаются значительные различия в отношении и поведении относительно жизненных условий и восприятия болезни у диабетиков и здоровых детей, а также с началом заболевания появляется и развивается нервозность, вспыльчивость, обидчивость, неконтактность, повышенная сензитивность детей. Необходимо отметить, что психологические проблемы, характерные для заболевания сахарным диабетом, специфичны для каждого возраста [43; С.18].

У детей, имеющих гипертоническую болезнь, можно выделить в качестве психологических особенностей личности повышенную эмоциональную неустойчивость, зачастую со склонностью к депрессии, мнительность, скептицизм и др. По мнению Н.Л. Морозовой, у детей с ограниченными возможностями, часто болеющими (более 6 раз в год) можно выделить такие характерные психологические особенности, как нерешительность, растерянность, повышенная тревожность, зависимое положение от материнского (и от чужого) мнения, несамостоятельность и пугливость [37; С.104].

Таким образом, определенное заболевание ребенка накладывает отпечаток на его личностное развитие. С точки зрения А.А.Лифинцевой, происходящие по причине заболевания личностные изменения ребенка с ограниченными возможностями здоровья порождают у него следующие проблемы:

- интернализованные: чувство тревоги, депрессия, страхи, чувство беспросветности, обреченности и растерянности, потеря контроля над своим поведением, фрустрация;

- экстернализованные проблемы: агрессивность, отклонение от социальных норм; сложности межличностного взаимодействия;

- трудности формирования Я-концепции: скудные представления о себе, неадекватная самооценка, измененная или негативная идентичность;

- сложности в обучении: определенные затруднения в овладении учебной деятельностью;

- соматические жалобы: болевые ощущения и замедленное физическое развитие.

Анализируя особенности психического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, Л.М. Шипицина считает, что в соотнесении с основными критериями нормальности, делают следующие выводы [51; С.8]:

- длительное чувство тревоги, боязни, опасений, стрессы способствуют нарушению осмысления себя, собственной идентичности, иногда даже в сторону деперсонализации и формирования неадекватной самооценки. Так как дети с ограниченными возможностями здоровья нередко становятся подвластны опасениям, стрессу, это обуславливает сложности осмысления идентичности, ее искажения;

- субъективная удовлетворенность детерминирована удовлетворением различных потребностей. В том случае, если у ребенка с ограниченными возможностями здоровья долгое время не удовлетворяются потребности, развиваются чувства недовольства, раздражения, досады, оказывающие на личность ребенка разрушительное воздействие;

- сниженная устойчивость к нагрузкам у детей с ограниченными возможностями здоровья связана продолжительным воздействием стрессовых факторов, нарушающих целостность личности, сбалансированность психических процессов и способность личности к саморегуляции. Ребенку с ограниченными возможностями здоровья свойственны уединение, «уход в себя», зачастую проявления растерянности, обреченности и безнадежности, повышенная тревожность, нередко переходящая в замешательство, неразрешенные конфликты также нарушают целостность личности;

- в связи с тем, что условием нормального психического развития, кроме интраиндивидуального баланса, можно назвать динамический баланс между личностью и ее окружением, собственно в данной сфере возможны некоторые искажения. Нарушение приводит к определенным последствиям, которые обуславливают впоследствии лабильности переживаний и неустойчивости саморегуляции ребенка с ограниченными возможностями здоровья;

- у детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно имеющими сенсорные и интеллектуальные нарушения, адекватность восприятия действительности, естественно, невозможна по причине особенностей данных нарушений. Однако, изначально имеются условия для компенсации, учитывая наличие здоровых, неповрежденных органов;

- самопереживание выделено в депрессивном измерении или в повышенной тревожности, и это ведет к развитию в процессе самопознания комплекса неполноценности, а зачастую, наоборот, к сверхкомпенсации. Поскольку целостность личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья чаще всего в полной степени не присутствует, можно увидеть данные характеристики в одно время;

- оптимальное самоутверждение, которое трудно реализовать в обстоятельствах, значительно осложняющих из-за нарушения жизнедеятельность ребенка с ограниченными возможностями здоровья, так как по причине существования нарушения следует выраженная ущербность или неполноценность данностей индивида для жизни;

- ребенок с ограниченными возможностями здоровья определенным образом зависит от своего социального окружения, что ведет к ослаблению его автономности. Зачастую к этому добавляется и влияние покровительственного воспитания ребенка, которое негативно влияет на формирование устойчивости личности;

- детей с ограниченными возможностями здоровья нередко характеризует недостаточное приспособление, детерминированное спецификой их нарушения, а также ограниченность их потенциала для адаптации в социуме. Нарушение нередко препятствует ребенку постоянном общении и взаимодействии с другими людьми и отграничивает его от социума [51; С.9].

Специфика внутренней картины болезни детей с ограниченными возможностями здоровья и характер ее формирования не обусловлены объективной тяжестью болезни, а детерминируются, в первую очередь, следующими факторами: возрастом ребенка, спецификой взаимоотношений с родителями и другими членами семьи, а также наличием или отсутствием у детей с ограниченными возможностями здоровья интероцептивных ощущений, обусловленных заболеванием и воспринимаемых как болезненные. Можно констатировать, что особенности формирования эмоционально-волевой, мотивационно-потребностной, познавательной, коммуникативной и других сфер личности детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо анализировать в аспекте последствий большинства хронических заболеваний.

Изучив психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья, можно говорить о том, что степень выраженности различных личностных характеристик у детей данной категории детерминирован следующими факторами [44; С.68]:

- возрастом ребенка, когда появилось заболевание;

- анатомо-топографическими показателями локализации основной области поражения (болезни сердечно-сосудистой, нервной системы, органов пищеварения, дыхания и др.);

- степенью сложности и особенностями протекания болезни;

- психологическими свойствами личности, присущими ребенку до болезни;

- спецификой отношений в семье: типом детско-родительских отношений, характеристиками родительских установок и позиций;

- характером отношения родителей к болезни ребенка;

- психологическими свойствами самих родителей;

- характером отношения самого ребенка к болезни [44; С.68].

Исследование воздействия различных факторов на развитие характерологических и личностных нарушений, а также выявление и осмысление разнообразных процессов их становления на ранних этапах онтогенеза необходимо для проведения диагностики и коррекции личностных нарушений. Выявление, исследование и оздоровление детей с ограниченными возможностями здоровья становится очень важной проблемой по причине ее социального значения, поскольку в данном случае мы говорим о детях с ограниченными возможностями здоровья, имеющих повышенный риск развития дезадаптации ввиду наличия у них какого-либо заболевания [44; С.69].

Л.С. Выготский в качестве главной причины личностной деформации детей с ограниченными возможностями здоровья определил их «асоциализированность», «невключенность» в социальное взаимодействие и, поэтому, отсутствие социального воспитания. Учитывая данное положение, личностные нарушения не являются отсутствием определенного органа или нарушения его функционирования, а являются нарушением «социальной функции» личности. Л.С.Выготский был убежден в том, что социальное воспитание сможет победить дефективность личности [6; С.202].

Таким образом, можно констатировать, что не столько сама болезнь негативно воздействует на личностное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья, на благоприятное течение их жизни в целом, на становление характера, развитие социальных навыков, сколько сама особенная социальная ситуация развития детей данной категории. В связи с этим важное значение имеет рассмотрение особенностей социальной ситуации развития детей с ограниченными возможностями здоровья, а также вероятность ее коррекции для эффективной компенсации вторичных дефектов. Выявлен ряд факторов, определяющих развитие личностных характеристик детей с ограниченными возможностями здоровья: возраст и время появления заболевания; анатомо-топографические показатели локализации основной области поражения; степень сложности и особенностями протекания болезни; психологические свойствами личности, присущие ребенку до болезни; специфика отношений в семье; тип детско-родительских отношений; характер отношения родителей к болезни ребенка; психологические свойствами самих родителей; характер отношения самого ребенка к болезни.

*1.4. Психологические особенности родителей детей-инвалидов*

Состояние так называемой «Психологической защиты», которое сопровождается негативными, весьма разрушительными чувствами (гнев, обида, страх и т. д.) значительно меняет взгляд родителей на происходящие вокруг вещи, что очень мешает контролю своего поведения, отрывает от реальных событий, смещает акценты социальных ролей в семье, заводит семью в тупик. Это защитно-оборонительные поведенческие модели могут проявляться в двух формах: агрессивно - обвиняющем и пассивно - отрицательном. Взрослые, которые воспитывают детей с проблемами, в развитии используют приемы замещения и отрицания, для убеждения себя и членов своей семьи в собственной нормальности [18; С.245].

Чувство своей успешности для любого человека есть двигатель его развития. Около 70% родителей маленьких детей имеют склонность переоценки их способности, а 25% - напротив, недооценивают. Только 5% взрослых адекватно оценивают способности своих детей. Таким образом, большинство из них нуждаются в помощи специалистов.

Пока ребенок маленький у матери есть возможность полностью симулировать необходимый круг деятельности. В это время присутствует лишь незначительное отличие между ребенком, имеющим отклонения в развитии и обычными детьми. Когда дети взрослеют, различия более выражены. Становится сложнее поддерживать видимость нормального жизненного уровня. Принцип теории семейного кризиса подразумевает определение основного внимания специалистов на дезинтеграцию семейных отношений и вытекающих из этого последствий для членов семьи. Концепция стратегии оптимизации семейной жизни делает акцент внимания на попытки сохранения подобия нормальности при взаимодействии семьи с обществом. Этот принцип подразумевает направление оздоровительных программ и на общество, с целью изменения социального отношения к «особенным» семьям, что даст возможность родителям не прилагать очень значимых усилий, для «убеждения» себя и других, в том, что в их семье происходит нормальный жизненный процесс. Отношение окружающих людей имеет важноезначение для родителей ребенка имеющего проблемы в борьбе со сложностями и разочарованиями при воспитании своих детей, и это является центровым звеном их адаптации [18; С.248].

Таким образом, анализ литературы показал, что большинство родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии, не придают особого значения тому, что система коррекционно-развивающего обучения имеет для них ряд преимуществ, перед традиционной системой среднего общеобразовательного обучения. Это подтверждает анализ случаев обращений родителей в психологическую службу и свидетельствует о том, что единая система оказания помощи родителям на ранних этапах развития ребенка, и дальнейшее сопровождение специалистами различных областей реализуется недостаточно согласованно.

*Вывод к главе 1*

На успешное развитие и социальную адаптацию ребенка с отклонениями в развитии оказывают огромное влияние отношения, которые складываются между ребенком-инвалидом, обществом,семьей и службами, оказывающими помощь такому ребенку. Все это требует изучения особенностей межличностных отношений у детей-инвалидов, эмоциональный интеллект родителей, а также разработки основных направлений коррекционно-реабилитационных мероприятий с данным контингентом детей для оптимизации их социально-психологической адаптации.

Эмоциональный интеллект – это система интеллектуальных способностей, связанных с обработкой социальной информации, определяющих уровень адекватности и успешности социального взаимодействия. Включает в себя способность понимать себя и окружающих людей, умение анализировать социальные ситуации и прогнозировать их развитие, успешность решения задач социального характера.

Одним из важнейших элементов эмоционального интеллекта является коммуникативная компетентность, представляющая собой систему внутренних средств регуляции коммуникативных действий, включающая в себя ориентировочную и исполнительную составляющие и обеспечивающая эффективность социального взаимодействия.

Анализ научной литературы позволил выявить, что не столько сама болезнь негативно воздействует на личностное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья, на благоприятное течение их жизни в целом, на становление характера, развитие социальных навыков, сколько сама особенная социальная ситуация развития детей данной категории. В связи с этим важное значение имеет рассмотрение особенностей социальной ситуации развития детей с ограниченными возможностями здоровья, а также вероятность ее коррекции для эффективной компенсации вторичных дефектов.

Выявлен так же ряд факторов, определяющих развитие личностных характеристик детей с ограниченными возможностями здоровья: возраст и время появления заболевания; анатомо-топографические показатели локализации основной области поражения; степень сложности и особенностями протекания болезни; психологические свойствами личности, присущие ребенку до болезни; специфика отношений в семье; тип детско-родительских отношений; характер отношения родителей к болезни ребенка; психологические свойствами самих родителей; характер отношения самого ребенка к болезни.

# Глава 2 Эмпирическое исследование эмоционального интеллекта родителей детей инвалидов

## 2.1 Описание испытуемых

 Исследование связи эмоционального интеллекта с аспектами регуляции жизни человека было проведено на базе Школ города Москвы.

В исследовании приняли участие 45 испытуемых. Из них:

1. 15 человек – родители со здоровыми детьми;
2. 30 испытуемых – родители с детьми инвалидами.

Возрастная характеристика испытуемых: средний возраст – 34 года, в целом возраст варьируется от 28 до 46 лет.

Образование респондентов: у 88,8% высшее образование, неоконченное высшее у 21,2% опрошенных.

Семейное положение – 75,5% замужем / женат; 34,5% не замужем / холост, или разведены.

Одного ребенка в семье имеют 48,8%, двух и более детей в семье имеют 51,2% испытуемых родителей.

*2.2 Методики исследования*

Для проведения исследования были использованы следующие методики:

**1) Тест на уровень эмоционального интеллекта – MSCEIT.** Методика позволяет выявить уровень эмоционального интеллекта. Первые шкалы использовались для создания Многофакторной шкалы эмоционального интеллекта (MEIS) — первого инструмента для всестороннего измерения эмоционального интеллекта как набора способностей. MSCEIT непосредственно основывается на MEIS.

Методика состоит из 8 секций. На каждый компонент модели эмоционального интеллекта Дж.Майера, П.Сэловея и Д.Карузо приходятся по 2 секции.

I. Восприятие, оценка и выражение эмоций или же идентификация эмоций – секции A (измерение восприятия лиц) и E (измерение восприятия картинок).

II. Использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности – секции B (измеряет способность ассимилировать свой текущий опыт, описать свои чувства к определенному человеку) и F (измеряет способность человека описать свои эмоциональные состояния).

III. Понимание и анализ эмоций – секции C (изучалось понимание протекания эмоций во времени, а также понимание того, как эмоции следуют одна за другой, сменяют друг друга) и G (измерение способности различать смешанные и сложные чувства).

IV. Сознательное управление эмоциями для личностного роста и улучшения межличностных отношений – секции D (управление своими эмоциями) и H (управление эмоциями других людей). Испытуемых просили представить себя на месте героев предложенной им истории и оценить варианты дальнейших действий

Алгоритм подсчета баллов начинается с вычис­ления 8 разделов теста. Каждому ответу испытуемого приписывается балл, основанный на результатах консенсуса или частотности по выборке. Следующий шаг заключается в подсчете среднего балла за каждый раздел. Дальше подсчитываются баллы за каждую ветвь, которые представляют собой среднее между баллами за разделы. Общий балл вычисляется как среднее всех 8 разделов теста.

2) **Методика определение уровня эмоционального интеллекта (Методика М. Холла)**. Методика предложена Н. Холлом для выявления способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений. Она состоит из 30 утверждений и содержит 5 шкал:

1. Эмоциональная осведомленность.
2. Управление своими эмоциями (скорее это эмоциональная отходчивость, эмоциональная неригидность).
3. Самомотивация (скорее это как раз произвольное управление своими эмоциями, исключая пункт 14).
4. Эмпатия.
5. Распознавание эмоций других людей (скорее — умение воздействовать на эмоциональное состояние других людей).

Ответ на каждое утверждение предполагает 6-балльную шкалу: от –3 – «полностью не согласен» до +3 – «полностью согласен»(Приложение 2).

**3). Опросник эмоционального интеллекта (Тест ЭмИн) Д. Люсина** Эмоциональный интеллект определяется как способность к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими. Как способность к пониманию, так и способность к управлению эмоциями может быть направлена и на собственные эмоции, и на эмоции других людей. Таким образом, автор вводит понятие внутриличностного и межличностного эмоционального интеллекта, которые предполагают актуализацию разных когнитивных процессов и навыков, но должны быть связаны друг с другом.

Данный тест позволяет выявить 6 факторов, а именно: Межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ), в который входят: Интуитивное понимание чужих эмоций (М1), Понимание чужих эмоций через экспрессию (М2), Общая способность к пониманию чужих эмоций (М3); Внутриличностный эмоциональный интеллект (ВЭИ), в который входят: Осознание своих эмоций (В1), Управление своими эмоциями (В2), Контроль экспрессии (В3) (Приложение 3).

4. **Торонтская алекситимическая шкала (TAS)** Цель методики: клинический опросник, предназначенный для изучения такой личностной характеристики, как **алекситимия**, заключающейся в снижении или отсутствии способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений. Иногда в это понятие также включают низкую эмоциональную чувствительность в отношении других людей, низкую эмоциональную вовлечённость в обыденной жизни. Методика Торонтская шкала алекситимии (TAS) или, как ее еще называют, тест на умение чувствовать, тест на чувства позволяет лучше понять свое состояние, а также силу и глубину своих чувств и их причины. Методика шкала алекситимии направлена на изучение алекситимии как свойства личности; была адаптирована в институте им. В.М.Бехтерева. Тест состоит из 26 вопросов "Алекситимический" тип личности получает 74 балла и выше. "Неаликситимический" тип личности набирает 62 балла и ниже. Оказавшиеся в интервале от 62 до 74 баллов относятся к группе риска.

5) Статистическая обработка данных

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета SPSS ver.19. Полученные данные были подвергнуты обработке при помощи U- критерия Манна-Уитни. Был проведен также дополнительный регрессионный анализ с целью выявления предсказательной способности эмоционального интеллекта в отношении параметров жизнедеятельности человека.

*2.3 Результаты исследования*

1. Тест на уровень эмоционального интеллекта – MSCEIT. Данные о распределении баллов по эмоциональному интеллекту в двух группах: родителей со здоровыми детьми (в дальнейшем – группа РЗД) и родителей с детьми инвалидами (в дальнейшем – группа РДИ). На рисунке 3 (а, б) изображено распределение баллов по общему уровню эмоционального интеллекта.

Рис. 3а. Распределение общего балла по эмоционального интеллекта в группе РЗД

Рис. 3. б. Распределение общего балла по эмоционального интеллекта в группе РДИ

Распределение баллов в обеих группах имеет небольшую левостороннюю асимметрию, более выраженную в группе РДИ. Сравнение выборочного распределения с нормальным с помощью критерия Колмогорова-Смирнова в группе РЗД показал незначимое отклонение от нормальности по всем шкалам методики MSCEIT (на уровне p>0,1), а в группе РДИ значимые отклонения обнаружены только по шкалам «Идентификация эмоций» и по общему баллом.

Распределение баллов по шкалам методики ССП-98 отличается от нормального по всем шкалам, кроме общего балла в обеих группах (на уровне p>0,05) за одним исключением – выраженность проблемно- ориентированной стратегии в группе Р (p=0,01). Наконец, в методике СЭБ в обеих группах распределение общего балла не отличается от нормального (p>0,05), а по всем остальным шкалам – не нормально (на уровне p <0,05).

Сравнение показателей эмоционального интеллекта в двух группах испытуемых. Средние значения по шкалам опросника MCSEIT в двух группах испытуемых и результат статистической проверки значимости различий с помощью критерия Манна-Уитни приведены в таблице 3 и на рисунке 4.

Таблица 3. Соотношение показателей опросника MSCEIT в двух группах

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкала  | Группа испытуемых | Среднее | Стд. отклонение | Результат сравнения групп (U-критерий Манна-Уитни) |
| Идентификация эмоций | РДИ | 0,383  | 0,065 | U=118, p<0,005 |
| РЗД | 0,432  | 0,06 |
| Использование эмоций в решении проблем | РДИ | 0,352  | 0,044 | U=122, p<0,005 |
| РЗД | 0,387  | 0,035 |
| Понимание и анализ эмоций | РДИ | 0,451  | 0,046 | U=154, p < 0,005 |
| РЗД | 0,48  | 0,045 |
| Сознательное управление эмоциями | РДИ | 0,299  | 0,032 | U=109, p<0,005 |
| РЗД | 0,318  | 0,028 |
| Общий балл | РДИ | 0,371  | 0,024 | U=117, p < 0,005 |
| РЗД | 0,404  | 0,029 |

Рис. 4. Средние показатели эмоционального интеллекта в двух группах

На основании полученных результатов и во избежание статистических ошибок, в дальнейшем анализе использовались непараметрический критерий – U-критерий Манна-Уитни. Расчеты по методике «Тест на уровень эмоционального интеллекта – MSCEIT» проводились при помощи компьютерной программы.

Расчет U-критерия Мана-Уитни по каждой шкале методики проводился следующим образом.

1 шкала «Идентификация эмоций»



**Результат: UЭмп = 118**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(118) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

2 шкала «Использование эмоций в решении проблем»



**Результат: UЭмп = 122**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(122) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

3 шкала «Понимание и анализ эмоций»



**Результат: UЭмп = 154**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(154) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

4 шкала «Сознательное управление эмоциями»



**Результат: UЭмп = 109**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(109) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

5 шкала «Общий балл»



**Результат: UЭмп = 117**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(117) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

Таким образом, проведенное исследование по методике «Тест на уровень эмоционального интеллекта – MSCEIT» позволило выявить , что в группе родителей детей инвалидов эмоциональный интеллект ниже, чем в группе родителей здоровых детей.

**2). Результаты методики Н.Холла.** Полученные данные по опросникуН. Холла по каждому родителю представлены в таблице 5(см. Приложение). Таблица 5 дает основания говорить, что родители детей-инвалидов характеризуются как обладатели среднего и низкого уровня эмоционального интеллекта. Для наглядности представим эти данные в виде диаграммы на рис.5:

высокий уровень

средний уровень

низкий уровень

Рис. 5. Результаты по опроснику «Эмоциональный интеллект» Н. Холла по каждому родителю детей инвалидов.

Итак, у родителей детей-инвалидов уровень эмоционального интеллекта понижен практически по всем показателям, следовательно, родители детей ДЦП. Соответственно в контрольной группе (высокий уровень эмоционального интеллекта) по сравнению с детьми ДЦП, родители данной группы более спокойны и уравновешенны.

**Д а л е е  р а с с м о т р и м  р е з у л ь т а т ы  и с с л е д о в а н и я  э м о ц и о н а л ь н о г о  и н т е л л е к т а  п о  ш к а л а м . Р е з у л ь т а т ы  п р е д с т а в л е н ы  н а  рис. 6 .**

Р ис .6 . С р а в н и т е л ь н ы й  а н а л и з  п о к а з а т е л е й  э м о ц и о н а л ь н о г о  и н т е л л е к т а

*Э м о ц и о н а л ь н а я  о с в е д о м л е н н о с т ь .*

Показатели по параметру «Э м о ц и о н а л ь н а я  о с в е д о м л е н н о с т ь» у  и с п ы т у е м ы х  к а к  п е р в о й , т а к  и  в т о р о й  г р у п п ы  п р а к т и ч е с к и  о д и н а к о в ы . И м е ю т с я  н е з н а ч и т е л ь н ы е  р а з л и ч и я , н е  с и л ь н о  о т л и ч а ю щ и е с я  д р у г  о т  д р у г а .

В анализе использовался непараметрический критерий – U-критерий Манна-Уитни. Расчеты по опросникуН. Холла проводились при помощи компьютерной программы.

Шкала «Э м о ц и о н а л ь н а я  о с в е д о м л е н н о с т ь»



**Результат: UЭмп = 121**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(121) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

*У п р а в л е н и е  с в о и м и  э м о ц и я м и*

И с п ы т у е м ы м и  п е р в о й  г р у п п ы , с здоровыми детьми б о л е е  с в о й с т в е н н о  у п р а в л е н и е  с в о и м и  э м о ц и я м и , ч е м  и с п ы т у е м ы м  с детьми инвалидами .

Шкала «Управление своими эмоциями»



**Результат: UЭмп = 104**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(104) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

*С а м о м о т и в а ц и я*

В  з н а ч и т е л ь н о й  м е р е  у  и с п ы т у е м ы х с детьми инвалидами , в  о т л и ч и е  о т  и с п ы т у е м ы х  с о здоровыми детьми не р а з в и т а  с а м о м о т и в а ц и я .

Шкала «Самомотивация»



**Результат: UЭмп = 110**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(110) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

*Э м п а т и я*

Э м п а т и я у группы родителей со здоровыми людьми выше, чем у родителей с детьми инвалидами.

Шкала «Эмпатия»



**Результат: UЭмп = 123**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(123) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

*Р а с п о з н а в а н и е  э м о ц и й*

Р а с п о з н а в а н и е  э м о ц и й  д р у г и х  л ю д е й  т а к ж е  б о л е е  с в о й с т в е н н о  родителям здоровых детей.

Шкала «Распознавание эмоций»



**Результат: UЭмп = 89**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(89) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

Определим точность полученных результатов на основе использования другой методики определения уровня эмоционального интеллекта.

**3). Методика Опросник ЭмИн Д.В. Люсина.**

Результаты опроса и соответствующих расчетов представлены в Таблице 8 в Приложении. Полученные данные показаны на рисунке 7.

Рис. 7 Сравнительный анализ данный (ОЭИ) по методике Люсина.

Опросник ЭмИн даёт баллы по двум субшкалам, измеряющим различные аспекты МЭИ, и по трём субшкалам, измеряющим различные аспекты ВЭИ. Значения по шкалам МЭИ и ВЭИ получаются путём простого суммирования соответствующих субшкал.

Шкала «Общий эмоциональный интеллект»



**Результат: UЭмп = 97**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(97) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

Полученные данные (см. табл. 8 в Приложении) мы можем интерпретировать по группам, которые были определены для методики «Эмоциональный интеллект» Н. Холла. Так, в группу с высоким эмоциональным интеллектом мы отнесли тех родителей, которые согласно методике набрали баллы с «очень высоким значением», «высоким значением», «средним значением». Остальные родители были отнесены в группу 2 и контрольную группу – с низким эмоциональным интеллектом.

Полученные таким образом данные подтверждают правильность результатов по первой методике. Так, все родители подтвердили свой уровень эмоционального интеллекта, определенный ранее.

Родители детей-инвалидов считают, что они недостаточно оценены обществом, которое равнодушно к ним и их детям.

**4. Торонтская алекситимическая шкала (TAS).** Обработка полученных результатов и качественная интерпретация эмпирических данных производилось путем элементарных математических методов: определялся процент респондентов в каждой группе, которые подвержены тревожным состояниям и эмпатии. Уровень эмпатии в группах РДИ и РЗД представлен на рисунке 8.

Рисунок 8 – Уровень эмпатии в группе РДИ и РЗД

Таким образом, можно наблюдать низкий уровень эмпатии, как в группе РДИ, так и в группе РЗД. При этом у родителей РДИ уровень эмпатии несколько выше, чем в группе РЗД. Это свидетельствует о том, что родители группы РДИ являются более чувствительными к проблемам других, более отзывчивы и открыты к общению, чем родители группы РЗД.

Большая часть родителей группы РЗД имеют низкий и очень низкий уровень эмпатии. И только 3% имеют уровни эмпатии: нормальный, высокий и очень высокий. Таким образом, можно сказать, что РДИ имеют более высокий уровень эмпатии, чем в группе РЗД.

На основании полученных результатов использовался непараметрический критерий – U-критерий Манна-Уитни. Расчеты проводились при помощи компьютерной программы.

Шкала «Эмпатия»



**Результат: UЭмп = 99**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(99) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

**То есть,** уровень эмпатии в двух группах невысокий, однако, немного уровень эмпатии выражен выше в группе РДИ, что свидетельствует о большей их способности сочувствовать и сопереживать, чем у родителей группы РЗД, у которых уровень эмпатия несколько ниже.

Далее производилось измерение уровня тревожности в обеих группах.

Уровень тревожности в группах приведен на рисунке 9.

Рисунок 9 – Измерение уровня тревожности в группе РДИ и группе РЗД

Анализ данных показывает, что родители группы РДИ чаще подвержены тревожным состояниям. Родители группы РЗД чаще подвержены тревожности с низкой и средней степенью и с тенденцией к снижению.

Таким образом, в группе родителей РДИ чаще подвержены тревожным состояниям, чем родители РЗД. Это объясняется тем, что родители в этой группе имеют более низкий уровень алекситимии, чем родители РЗД, и поэтому, более высокий уровень тревожности.

Шкала «Тревожность»



**Результат: UЭмп = 101**

UКр при p≤0.01 = 127, при p≤0.05 = 156

**Полученное эмпирическое значение Uэмп(101) находится в зоне значимости, следовательно, принимается Н1 – между выборками существуют достоверно значимые различия.**

Таким образом, уровень тревожности и алекситимии свидетельствует о блокировке остальных эмоциональных переживаний на фоне тревожности. Это и приводит к формированию алекситмии в испытуемых.

Испытуемые родители группы РДИ, которые подвержены алекситмии, так же подвержены и тревожным состояниям. Их можно характеризовать как личностей эмоционально неустойчивых, напреженных и агрессивных. Они не могу адекватно воспринимать критику, их настроение зависит от одобрения окружающих. В общем, можно судить о психологическом неблагополучии РДИ.

*2.4. Обсуждение результатов*

Проведя методики по выявлению эмоционального интеллекта родителей детей-инвалидов, можно сделать вывод, что родителям данных детей требуется помощь медицинских специалистов и психологическая поддержка, которые подберут соответствующую коррекцию и программы развития для детей-инвалидов.

В нашем исследовании мы выявили, что родители проявляют излишнюю концентрацию внимания к детям-инвалидам по сравнению со здоровыми детьми. Родительские отношения отличаются гиперконтролем и стремлением инфантилизировать ребенка.

Выявлено, что уровень эмпатии в группе РДИ выше, чем в группе РЗД. Делая вывод можно сказать, что представители группы РЗД имеют низкую эмпатию, и не чувствительны к проблемам других. Поскольку они не в состоянии адекватно оценивать свои переживания, не могут развить в себе эмпатию. При этом, их самооценка будет ниже адекватного, к чему способствует агрессия и враждебность по отношению к другим.

Делая вывод проведенному исследованию можно сказать, что в сравниваемых группах присутствуют достоверные различия личностных характеристик. Кроме того, уровень эмпатии и алекситмии оказывают влияние на уровень тревожности.

Так же выявлены различия личностных характеристик у РЗД и РДИ, на что, несомненно оказывает влияние наличие в семье ребенка-инвалида. Наличие ребенка инвалида оказывает подавляющее влияние на родителей. В частности родители таких детей чаще всего подвержены тревожным состояниям, подавленности и агрессии. Они не могут адекватно оценивать свои эмоции, что мешает развитию в них эмпатии и сопереживании к другим личностям.

Измерение уровня тревожности в группе РДИ: родители чаще подвержены тревожным состояниям. Уровень тревожности в группе РЗД: родители реже подвержены тревожным состояниям, чем родители РДИ. Это объясняется тем, что родители в этой группе имеют более высокий уровень алекситимии, чем родители другой группы, и поэтому, более высокий уровень тревожности.

Таким образом, в группе РДИ родители имеют более высокий уровень тревожности, по сравнению с группой РДИ. В группе РЗД родители менее тревожны. Исходя из сравнительного анализа, можно сказать, что испытуемые из группы РДИ более тревожны, чем испытуемые из группы РЗД.

Таким образом, тревожность и алекситимия взаимосвязаны между собой, что свидетельствует о блокировке остальных эмоциональных переживаний на фоне тревожности. Это и приводит к формировании алекситмии в испытуемых. Испытуемые, которые подвержены алекситмии, так же подвержены и тревожным состояниям. Их можно характеризовать как личностей эмоционально неустойчивых, напреженных и агрессивных. Они не могу адекватно воспринимать критику, их настроение зависит от одобрения окружающих. В общем, можно судить о психологическом неблагополучии РДИ.

На основе анализа методик мы вывили следующие особенности родителей детей-инвалидов:

- Высокий уровень ежедневного стресса. Уровень ежедневного стресса выше у матерей, чем у отцов, что связывают с меньшей вовлеченностью отцов в процесс ежедневной заботы о ребёнке.

- Симптомы клинической депрессии.

-Высокий уровень семейных разногласий, супружеская неудовлетворенность. По мнению исследователей, степень супружеской неудовлетворенности не связана с тяжестью дефекта, однако высоко коррелирует с уровнем депрессии родителей.

- Высокий уровень социальной изоляции. Чем глубже дефект ребёнка, тем глубже социальная изоляция у родителей и тем сильнее они испытываюти чувство стигматизации (осуждения).

- Низкая удовлетворенность жизнью, в сравнении со степенью удовлетворенностью жизнью матерей, воспитывающих детей с нормальным развитием.

- Высокий уровень тревожности.

- Общий низкий уровень эмпатии, однако в группе РДИ эмпатия выше, чем в группе РЗД.

- Отчужденность, отстраненность, холодность, замкнутость, ригидность, гиперсензитивность к критике, трудности установления межличностных отношений.

- Пессимизм относительного будущего своего ребёнка, особенно относительно проблем, которые могут возникнуть, когда ребёнок станет взрослым.

- Посттравматический стресс, к симптомам которого относят: навязчивые мысли и воспоминания, неконтактность, гипервозбудимость.

Важно обучать родителей взаимодействию с собственным ребёнком и работать над благополучием, уверенностью в себе и самоэффективностью родителей. Тренинги с родителями детей-инвалидов следует направлять, в первую очередь, на изменение родительского поведения, что будет катализатором изменений детского поведения. Особое внимание должно быть уделено обобщению и переносу выработанных навыков в обычную жизнь.

Для разработки стратегий в организации помощи семьям, имеющим ребенка-инвалида, особенно матерям такого ребенка, важную роль играет понимание не только и не столько влияния внешних причин и их результатов на личностные особенности женщины-матери, сколько проблемы в самой структуре ее личности, ее внутреннем мире, ее самооценке, самоотношениях и самоактуализации (рис. 10,11).



Рис. 10. Иерархическая структура материнских проблем по данным контент-анализа



Рис. 11. Иерархическая структура проблем детей по данным контент-анализа

## Вывод к главе 2

В проведенных методиках мы оценивали уровень эмоционального интеллекта родителей детей-инвалидов и родителей здоровых детей.

В нашем исследовании было выявлено, что родители проявляют излишнюю концентрацию внимания к детям с нарушениями в развитии. Родительское отношение отличается гиперконтролем и стремлением инфантилизировать ребенка.

Особенностями эмоционального интеллекта родителей детей-инвалидов является низкая способность к управлению своими эмоциями и недостаточная самомотивация. Согласно полученным результатам, родители детей-инвалидов недостаточно хорошо способны управлять своими эмоциями. Часто это проявляется в повышенной агрессии. Также у родителей больных детей снижен показатель уровня самомотивации.

Выявлено, что уровень эмпатии в двух группах невысокий, однако, немного уровень эмпатии выражен выше в группе родителей детей инвалидов, что свидетельствует о большей их способности сочувствовать и сопереживать, чем у родителей здоровых детей, у которых уровень эмпатия несколько ниже. Испытуемые родители детей инвалидов, которые подвержены алекситмии, так же подвержены и тревожным состояниям. Их можно характеризовать как личностей эмоционально неустойчивых, напряженных и агрессивных. Они не могу адекватно воспринимать критику, их настроение зависит от одобрения окружающих. В общем, можно судить о психологическом неблагополучии родителей детей инвалидов. У родителей здоровых детей показатели тревожности значительно ниже.

### Заключение

В своей работе мы изучили особенности эмоционального интеллекта родителей детей-инвалидов и родителей здоровых детей. Анализ научно-теоретического материала показал уровень разработанности и актуальности проблемы. Было выявлено, что в 1990 г. американские психологи П.Саловей и Дж.Майер ввели понятие «эмоциональный интеллект» для обозначения таких специфических свойств человеческой психики как умение разбираться в собственных чувствах, понимать настроение людей, а также умение регулировать собственные эмоции. По мнению Д.В. Люсина, эмоциональный интеллект является конструктом, имеющим двойственную природу и взаимосвязан как с когнитивными способностями, так и с личностными особенностями индивида.

Эмоциональный интеллект является фактором улучшения адаптационных возможностей человека, эмоционального здоровья личности, межличностного взаимодействия и т.д., и характеризуется и определяет качественное своеобразие индивидуально-психологических особенностей личности. Многими авторами признается одна из ведущих ролей в успешности учебной деятельности студентов эмоционального интеллекта. С точки зрения деловых людей, эмоции и настроение реально влияют на исполнение работы. Также есть и другие мнения: что переживаемые во время работы эмоции наиболее точно отражают истинно качество трудовой жизни. Большинство исследований, связанных с изучением эмоционального интеллекта, рассматривают его в сфере бизнеса, опираясь в основном на эмпирические исследования.

По результатам проведенных нами исследований были получены данные, свидетельствующие о наличии различий между уровнем эмоционального интеллекта родителей детей инвалидов и родителей здоровых детей, которые выражаются в более низких показателях относительно группы РДИ.

Однако, на сегодняшний день очевиден тот факт, что, несмотря на значимость проблемы, её изучению уделяется мало внимания. Многое остается неизученным, а значит, есть смысл подобных, более глубоких исследовательскихработ.

Проведенное исследование позволяет сделать заключение:

1. У матерей детей-инвалидов, в отличие от родителей здоровых детей, выявлено преобладание позитивного принятия и директивности в отношениях. Уровень эмпатии у них выше, а так же выше уровень тревожности. Уровень тревожности и алекситимии свидетельствует о блокировке остальных эмоциональных переживаний на фоне тревожности. Это и приводит к формированию алекситмии в испытуемых. Испытуемые родители группы РДИ, которые подвержены алекситмии, так же подвержены и тревожным состояниям. Их можно характеризовать как личностей эмоционально неустойчивых, напреженных и агрессивных. Они не могу адекватно воспринимать критику, их настроение зависит от одобрения окружающих. В общем, можно судить о психологическом неблагополучии РДИ.

2. Отношения с матерью как ресурс эмоциональной поддержки в трудной ситуации имеют для детей-инвалидов особое значение. Отношения равенства, позитивное принятие матерью своего ребенка, отсутствие директивности и доминирования матери повышают активность, удовлетворенность жизнью и положительный чувственный тон ее ребенка. Отрицательные эмоции матери (особенно высокая тревога, растерянность, напряжение, досада), а также неудовлетворенность матери своей семейной ролью связаны с возникновением эмоционального неблагополучия у ребенка-инвалида.

3. Детям-инвалидам должна оказываться профессиональная помощь, которая стимулирует и активизирует их к полноценной, активной жизни. Специалисты центра, в том числе и педагог - психолог, помогают решать проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, пытаются снизить высокий уровень тревожности, нормализовать эмоциональное состояние ребенка, мотивировать к активной восстановительной деятельности, а также дают рекомендации родителям по вопросам реабилитации.

**Список литературы**

1. Андреева И.Н. Эмоциональный интеллект как феномен современной психологии А / И. Н. Андреева. – Новополоцк : ПГУ, 2011. – 388 с.
2. Былкина, Н.Д. Соотношение самооценки и уровня притязаний в норме и при соматической патологии: Автореф. дис. …канд. псих. наук /. – М., 1995. – 22с.
3. Бардышевская М.К. Аутизм в современном социальном контексте //Аргументы и факты. 2013. 17 мая.
4. Бикметов Е. Ю. Взаимодействие семьи и школы в социализации индивида // Социологические исследования, N 9, Сентябрь 2007, C. 86-92
5. Волкова, Л.С. Выявление и коррекция нарушений устной речи у слепых и слабовидящих детей / Л.С. Волкова. - Л., 1991. - 44 с
6. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии. – Собрание сочинений: В 6 т. Т.4. / Л.С. Выготский. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
7. Гогузева, Т.С. Психологические особенности процесса социализации детей и подростков в современном российском обществе / Т.С. Гогузева // Вестник ВЭГУ. – 2010. – № 5. – С. 106-113.
8. Гилфорд Дж. Три стороны интеллекта/ Дж. Гилфорд // Психология мышления / Под ред. А.М. Матюшкина. М.: Прогресс, 1965. С. 433-456.
9. Гуслова, М.Н.К. Стуре Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов /М.Н Гуслова, Стуре К. М.:Просвящение., 2012. – 223с.
10. Гоулман Д. Эмоциональное лидерство: Искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта: Пер. с англ. / Д. Гоулман, Р. Бояцис, Э. Маки. 2-е изд. М.: Альпина Бизнес Букс, 2007. 301 с.
11. Гребенникова, Е. В. Проблема толерантности в условиях реализации инклюзивного образования / Е. В. Гребенникова, И. Л. Шелехов **...** Том 7, №2 (март - апрель 2015), С.94-102
12. Журавлев А.Л. Влияние социально-экономических изменений в обществе на развитие отечественной экономической психологии / Журавлев А.Л. // Психология и экономика. 2009. Т. 2. N 2, с.123-133
13. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Нисневич Л. А. Как помочь «особому» ребенку. Книга для педагогов и родителей. СПб., 2000; Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М., 2004.
14. Забегайлова, И.В. Типология становления произвольной регуляции в младшем школьном возрасте / И.В. Забегайлова // Вестник Московского университета. Серия 14. - 2000. - №4. - С.20-33.
15. Запорожец А.В. Избранные психологические труды: в 2 т. Т.1. Психическое развитие ребенка/ А.В. Запорожец. М.: Педагогика, 1986. 320 с.
16. Ковалев, В.В. Личность и её нарушения при соматической болезни / В.В. Ковалев // Роль психологических факторов в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М., 1972. – С. 102-114.
17. Краузе М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям. / М.П. Краузе – М.: Издательский центр «Акаденмия», 2006.-274с.
18. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага: Медицинское издательство Авиценум, 1984. – 366с.
19. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии Методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М. : Академия, 2009. – 345 с.
20. Люсин Д. В., Марютина О. О., Степанова А. С.Структура эмоционального интеллекта и связь его компонентов с индивидуальными особенностями – эмпирический анализ // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / Под ред. Д. В. Люсина, Д. В. Ушакова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. С. 129–140.
21. Люсин Д.В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭмИн /Д.В. Люсин// Психологическая диагностика. 2006. №4. С. 3-22.
22. Люсин Д.В. Современные представления об эмоциональном интеллекте /Д.В. Люсин //Социальный интеллект: теория, измерение, исследования/ под ред.Д.В. Ушакова, Д.В. Люсина. М., 2000. С.29-39.
23. Люсин Д. В., Марютина О. О., Степанова А. С. Структура эмоционального интеллекта и связь его компонентов с индивидуальными особенностями – эмпирический анализ // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / Под ред. Д. В. Люсина, Д. В. Ушакова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. С. 129–140.
24. Лифинцева, А.А. Социально-психологическая адаптация детей с хроническими соматическими заболеваниями к школе: Дис. … канд. псх. наук /Алла Александровна Лифинцева. – М., 2005. – 171с.
25. Лебединский, В.В., Либлинг, М.М. Нарушения эмоциональной сферы у детей и их коррекция. – М.: Академия, 2004. –218с
26. Ливанова, М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально-личностного развития соматически ослабленных детей: Автореф. дис…канд. псих. наук. – Казань, 1997. – 23с
27. Майер Г. Психология эмоционального мышления./ Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.В. Петухова. М.: Бахрах, 2011. – 344с.
28. Михайлова Е.С. Особенности изучения социального интеллекта (Исследования теста Дж. Гилфорда и М. Салливена): / Е.С. Михайлова. СПб.: Нева, 2003. 136 с.
29. Мухина В.С. Особенности возрастной психологии: детство и отрочество / В.С. Мухина. 5-е изд. М.: «Академия», 2004. 501 с.
30. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений /Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. Изд.центр ВЛА-ДОС, 2003. – 452с.
31. Морозов С.А., Морозова Т.А. Аутизм: Характеристика и коррекция нарушений речевого развития: Методическое пособие - М.: Владос, 2007. – 250 с.
32. Малеванов, Е.Ю. Моделирование активной образовательной среды для детей с ограниченными возможностями здоровья: Дис. … канд. пед. наук / Евгений Юрьевич Малеванов. – Тамбов, 2007. – 199с
33. Майрамян, Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребёнок / Р.Ф. Майрамян. – М. : Владос, 2005. – 243 с. Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ» http://naukovedenie.ru Том 7, №2 (март - апрель 2015) publishing@naukovedenie.ru 10 http://naukovedenie.ru 18PVN215
34. Манукян, Э.А. Семья и социализация детей / Э.А. Манукян // Отечественный журнал социальной работы. – 2011. – № 1. – С. 114-117.
35. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с ограниченными возможностями в развитии / Е.М. Мастюкова. А.Г. Московкина. – М. : Владос, 2003. – 408 с.
36. Михайлов, А.Н. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях / А.Н. Михайлов, В.С. Ротенберг // Вопросы психологии. – 1990. – № 5. – С. 106-111.
37. Морозова, Н.Л. О некоторых трудностях социальной адаптации людей с физическими и умственными нарушениями /В сб:Развитие личности в процессе обучения и воспитания /Н.Л.Морозова. – Пенза, 1999. – 122с.
38. Николаева, В.В., Арина, Г.А. Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности // Международная конференция памяти А.Р. Лурия. / Под ред. Е.Д.Хомской. - М., 1998. -С.75-82
39. Одинцова В. В. Психометрический анализ методики «Эмоциональный интеллект-2» // По материалам сайта www.ht.ru, 2006.
40. Подготовка ребенка-инвалида к семейной жизни: Научно-методическое пособие / Под. общ. ред. Е. Р. Ярской-Смирновой. М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2004. 128 c.
41. Пахомов В.П., Постоева В.А., Шелехов И.Л. Проблема психологической подготовки учителя и значение психотехнического подхода в педагогической практике. / В.П. Пахомов. Томск., 2010. – 411с.
42. Психолого-педагогические основы коррекционной работы с аномальными детьми / под ред. Ламаева Р. И. – СПб. – 2009. – 275с.
43. Султанова, А. С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца: Автореф. дис... канд.психол.наук /Султанова. - М., 2000. - 28с.
44. Солодянкина, О.В. Воспитание ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О.В. Солодянкина. – М. : АРКТИ, 2007. – 160 с.
45. Теплов Б.М. Избранные труды: В 2-х томах. Том 1**. //** Н.С. Лейтес, И.В. Равич-Щербо М.: Издательство «Педагогика», 1985. – 245с.
46. Ткачёва, В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом / В.В. Ткачёва // Специальная психология. – 2009. – № 1 (19). – С. 53-62.
47. Ткачёва, В.В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачёва. – М. : АСТ, 2007. – 138 с.
48. Тимофеева, И.В. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья (инвалидов) в условиях специализированной школы: Дис. … канд. пед. наук /Ирина Владимировна Тимофеева. – Екатеринбург, 2004. – 198с
49. Чарова, О.Б. Особенности материнского отношения к ребёнку с интеллектуальным недоразвитием / О.Б. Чарова, Е.А. Савина // Дефектология. – 1999. – № 5. – С. 34-39.
50. Черникова, Т.В. Социально-психологическая поддержка семей с детьми-инвалидами на разных этапах переживания случившегося / Т.В. Черникова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитирующей работы. – 2000. – № 4. – С. 83-89.
51. Шипицина, Л.М. Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья /Л.М.Шипицина //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. -№2. – С.7-9
52. Шелехов, И.Л. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии. Речевые нарушения : учебное пособие / И. Л. Шелехов, Е. С. Толстолес, Е. В. Гребенникова. – Томск : Издательство Томского государственного педагогического университета, 2012. – 196 с., ил.
53. Шелехов, И. Л. Методы активного социально-психологического обучения: учебно-методический комплекс / И. Л. Шелехов, Е. В. Гребенникова, П. В. Иваничко ; ФГБОУ ВПО ТГПУ. – Томск : Изд-во Томского государственного педагогического университета, 2014. – 264 с. – ISBN 978-5-89428-729-4.
54. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психотерапия семьи. – СПб., 2010.
55. Эйдемиллер, Э.Г. Психология семьи и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 2002. – 656 с.
56. McMahon, C.M., Lambros, K.M. & Sylva, J.A. Chronic illness in childhood: A hypothesis-testing approach. In TS Watson & EM Gresham (Eds ), Handbook of Child Behavior Therapy (pp. 311-333). New York: Plenum Press, 1998

**Приложение 1**

**Тест эмоционального интеллекта Мейера - Сэловея - Карузо/Тестовая тетрадь**

Секция A



**Инструкция: насколько выражены нижеприведённые чувства в этом лице.**

Пожалуйста, дайте ответ по каждой шкале.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отсутствие счастья** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Огромное счастье** |
| **Отсутствие страха** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Сильнейший стах** |
| **Отсутствие удивления** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Крайняя степень удивления** |
| **Отсутствие отвращения** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Полное отвращение** |
| **Отсутствие волнения** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Сильнейшее волнение** |



**Инструкция: насколько выражены нижеприведённые чувства в этом лице.**

Пожалуйста, дайте ответ по каждой шкале.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отсутствие счастья** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Огромное счастье** |
| **Отсутствие страха** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Сильнейший стах** |
| **Отсутствие удивления** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Крайняя степень удивления** |
| **Отсутствие отвращения** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Полное отвращение** |
| **Отсутствие волнения** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Сильнейшее волнение** |



**Инструкция: насколько выражены нижеприведённые чувства в этом лице.**

Пожалуйста, дайте ответ по каждой шкале.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отсутствие счастья** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Огромное счастье** |
| **Отсутствие страха** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Сильнейший стах** |
| **Отсутствие удивления** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Крайняя степень удивления** |
| **Отсутствие отвращения** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Полное отвращение** |
| **Отсутствие волнения** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Сильнейшее волнение** |



**Инструкция: насколько выражены нижеприведённые чувства в этом лице.**

Пожалуйста, дайте ответ по каждой шкале.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отсутствие счастья** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Огромное счастье** |
| **Отсутствие страха** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Сильнейший стах** |
| **Отсутствие удивления** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Крайняя степень удивления** |
| **Отсутствие отвращения** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Полное отвращение** |
| **Отсутствие волнения** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Сильнейшее волнение** |

Секция B

**Пожалуйста, выберите ответ на каждый из вопросов:**

1 Какое настроение/я помогло бы созданию нового, необычного интерьера для празднования дня рождения?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не помогает |  |  |  | Помогает |
| **a. раздражение** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. скука** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. радость** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2 Какое настроение/я помогло бы сочинению вдохновенной мелодии военного марша?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не помогает |  |  |  | Помогает |
| **a. гнев** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. взволнованность** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. недовольство** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3 Какое настроение/я помогло бы приготовлению блюда по очень сложному и трудоемкому рецепту?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не помогает |  |  |  | Помогает |
| **a. напряженность** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. печаль** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. нейтральное настроение** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4 Какое настроение/я помогло бы выяснению причины драки трех маленьких детей? Каждый из детей объясняет причину драки по-своему. Для понимания случившегося необходимо внимание к деталям разных вариантов историй и сравнение многих фактов.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не помогает |  |  |  | Помогает |
| **a. счастье** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. удивление** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. огорчение** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5 Какое настроение/я помогло бы врачу при выборе плана лечения пациента со злокачественной опухолью? Доктор должен применить несколько известных, но несогласующихся между собой методов в лечении опухоли.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не помогает |  |  |  | Помогает |
| **a. счастье** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. нейтральное настроение** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. гнев и вызов** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Секция C

**Завершите предложение, выбрав наиболее подходящее слово из списка.**

1. Марию охватило чувство стыда, и она начала ощущать свою никчемность. Затем она почувствовала себя ...

a. угнетенной

b. подавленной

c. пристыженной

d. застенчивой

e. расстроенной

1. Николай почувствовал удовлетворение, размышляя о своей жизни, и чем больше он думал о том хорошем, что смог сделать для других людей, тем больше он испытывал чувство...

a. удивления

b. подавленности

c. сопричастности

d. счастья

e. изумления

1. За всю свою жизнь Наталия никогда еще не испытывала столь сильного шока. Но, немного оправившись и поняв, что могла бы получить некоторую выгоду от сложившейся ситуации, если тщательно ее спланирует, она...

a. удивилась

b. смутилась

c. отказалась принять ситуацию

d. стала выжидать

e. задумалась

1. Кирилл был опечален новостями из дома и хотел выразить свое искреннее сожаление. Когда он узнал то, что ему сказали не всю правду и что дела обстоят хуже, чем он сначала предполагал, он почувствовал...

a. гнев и удивление

b. печаль и опасение

c. потрясение и сожаление

d. страх и отвращение

e. гнев и сожаление

1. Ренат был вполне счастлив на работе, и дома у него тоже всё складывалось хорошо. Он думал, что он и его коллеги получают справедливую зарплату и с ними хорошо обращаются. Сегодня все сотрудники его отдела получили небольшую прибавку в рамках общей корректировки зарплаты. Ренат почувствовал...

a. удивление и потрясение

b. умиротворение и спокойствие

c. удовлетворение и ликование

d. унижение и чувство вины

e. гордость и собственную значимость

1. Галина любила Диму, который, как она считала, принадлежит только ей. Она воспринимала его как полное совершенство, почти абсолютный идеал. О на...

a. уважала его

b. восхищалась им

c. завидовала ему

d. обожала его

e. была обижена на него

1. Татьяна была раздражена тем, что ее коллега взял кредит для каких-то своих целей, и, когда он сделал это снова, она почувствовала...

а. злость

b. раздражение

с. расстройство

d. испуг

е. депрессию

1. После того как у Георгия угнали машину, он установил на своем новом автомобиле сигнализацию. Когда угнали и его новый автомобиль, он сначала испытал шок и сильное разочарование, а затем почувствовал...

a. изумление и удивление

b. беспомощность, отчаяние и гнев

c. гнев и отвращение

d. ревность и зависть

e. подавленность и презрение

1. Когда Степан увидел, что несколько одноклассников списывают на экзаменах, он подумал, что это нечестно. Когда он сказал об этом учителю, то тот ответил, что ничего не может с этим поделать. Степан планировал продолжить обсуждение этого вопроса со школьным завучем, потому что он чувствовал ... оттого, что случилось.

a. воодушевление

b. бешенство

c. отвращение

d. подавленность

e. горечь

1. Матвей был сильно обижен одним из его самых близких друзей и сердился на него. Матвей рассказал другу о своих переживаниях, но когда друг снова поступил так же, Матвей ...

a. рассердился

b. испугался

c. был очень раздражен

d. разволновался

e. взбесился

1. Алиса смотрела телевизор, следя за продвижением урагана по побережью около того места, где жили ее родители. Когда ураган двинулся в направлении дома ее родителей, ее охватила тревога и чувство беспомощности. Но в последнюю минуту ураган отклонился, уйдя в сторону, оставив эту береговую полосу невредимой. Она почувствовала...

a. облегчение и благодарность

b. удивление и шок

c. напряжение и освобождение

d. опасение и беспокойство

e. предвкушение покоя

1. Женщина, которая была уверена в себе и прекрасно ладила с окружающими, через некоторое время почувствовала себя подавленной. С чем это связано?

a. она приняла на свой счет комплимент, предназначенный кому-то другому

b. она обнаружила, что муж ее обманывал

c. у нее заболела подруга

d. посылка, которую она отправила подруге, была доставлена другому человеку

e. она расстроилась, поскольку плохо выполнила свою работу

1. Ребенок, радостно ожидавший своего дня рождения, после него загрустил. Из-за чего это могло произойти?

a. его обидел плохой мальчик, и они подрались

b. два друга, которых он пригласил, не пришли на его день рождения

c. он съел слишком много торта

d. мать поставила его в неловкое положение перед другими детьми

e. отец обвинил его в том, чего он не делал

1. Женщина средних лет была счастлива, но вскоре после этого почувствовала неудовлетворенность. Из-за чего это могло произойти?

a. ее сын получил небольшую травму в процессе работы

b. она поняла, что обидела близкую подругу

c. ее невестка опоздала на семейный обед

d. муж раскритиковал ее

e. она потеряла необходимую ей книгу

1. Человек находился в расслабленном состоянии, а затем испытал чувство восторга. Из-за чего это могло произойти?

a. во время отдыха он нашел решение важной проблемы, с которой столкнулся на работе

b. он услышал о чемпионе, установившем новый мировой рекорд

c. его друг позвонил ему, чтобы сообщить, что только что купил новый дорогой спортивный автомобиль

d. он получил посылку с подарком от матери

e. позвонил его доктор и сообщил, что его анализы хорошие и он здоров

1. Женщина была полна ожиданий, а затем ее охватило чувство любви. Чем это могло быть вызвано?

a. она сделала пожертвование и подумала о людях, которым должна помогать

b. она купила платье, которое ей очень идет

c. она прочитала в журнале о звезде, которой она восхищалась

d. ее мать позвонила и сказала, что послала ей на день рождения подарок, а какой именно - она узнает, когда его получит

e. она пошла на свидание и поняла, что у нее много общего с мужчиной, который ей очень нравится

1. Управляющий корпорации был раздражен, а затем почувствовал возмущение. Чем это могло быть вызвано?

a. подчиненный не сумел достичь в срок заданного объема продаж

b. другой сотрудник компании, которого он считал некомпетентным, получил значительно большее повышение зарплаты, чем он сам

c. он прочитал статью о людях, живущих в бедности в другой части света, и том, что желание людей оказать им помощь наталкивается на множество препятствий

d. его жена помогала детям приготовить домашние задания

e. никто, кажется, не любит его

1. Женщина сердилась, а позднее почувствовала себя виноватой. Из-за чего это могло произойти?

a. она потеряла номер телефона друга, который был ей очень близок

b. она не успела завершить работу, как надеялась, поскольку ей не хватило времени

c. она сердилась на свою подругу, которая, как она впоследствии узнала, не сделала ей ничего обидного

d. она потеряла близкого друга

e. она была сердита на человека, распространяющего о ней сплетни, но затем узнала, что другие говорили то же самое

1. Человек любил своего друга, а затем стал презирать его. Из-за чего это могло произойти?

a. его друг потерял дорогую книгу, которую он ему дал

b. его друг обманул его жену

c. его друг получил повышение, которого не заслуживал

d. его друг сказал, что переезжает жить в другое место

e. человек понял, что обидел друга, но отчасти его друг сам был в этом виноват

1. Женщина любила кого-то, а затем почувствовала себя более уверенно. Из-за чего это могло произойти?

a. она поняла, что и он тоже ее любит

b. она решила не показывать своих чувств

c. ее любовь прошла

d. она сказала другому человеку, что любит его

e. ее любовь сама дала ей чувство покоя и безмятежности

Секция D

**Пожалуйста, выберите ответ для каждого действия.**

1. Майя проснулась в хорошем расположении духа. Она хорошо выспалась, чувствовала себя отдохнувшей, ничто ее не заботило и не тревожило. Оцените, в какой степени каждое из перечисленных действий может помочь ей сохранить это настроение?

*Действие 1: Она нарядилась и наслаждалась весь оставшийся день.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 2: Будучи в прекрасном расположении духа, Майя решила припомнить все хорошее, что у нее было.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 3: Она решила, что лучше не обольщаться, так как это все равное не может долго продолжаться.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 4: На волне своего приподнятого настроения она решила позвонить своей матери, которая была в подавленном состоянии духа, чтобы попытаться поддержать ее.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

1. Андрей трудится не меньше, а скорее всего даже больше, чем любой из его коллег. Его идеи обычно приносят компании большую выгоду. Его коллега выполняет не очень ответственную работу, но ради продвижения по службе принимает активное участие в общественной жизни коллектива. Когда начальник Андрея объявил, что ежегодная премия за наилучшие достижения достается этому коллеге, Андрей сильно разозлился. Оцените, в какой степени каждое из перечисленных действий может помочь Андрею преодолеть это настроение?

*Действие 1: Андрей сел и вспомнил обо всем хорошем, что есть в его жизни и на работе.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 2: Андрей составил список положительных и отрицательных черт своего коллеги.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 3: Андрей пришел в ужас от того, что он так злится, и он сказал себе, что нельзя так расстраиваться из-за события, на которое он никак не в состоянии повлиять.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 4: Андрей решил оповестить окружающих, что его коллега работает плохо и не заслуживает премии. Андрей собрал необходимые доказательства своей правоты, так что это были не только слова.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

1. Женя не знала, сколько должна по счетам, сколько их еще должно прийти в ближайшее время и сможет ли она их оплатить. К тому же ее автомобиль стал издавать странный шум и механик сказал, что ремонт автомобиля встанет в такую большую сумму, что вряд ли это того стоит. Женя с трудом засыпает, она просыпается несколько раз за ночь, она постоянно находится в напряжении. Оцените, насколько эффективным должно быть каждое из перечисленных действий, чтобы уменьшить ее беспокойство?

*Действие 1: Женя попробовала разобраться с тем, за что она должна платить, сколько она задолжала и когда надо отдать долг.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 2: Женя обучилась техникам глубокого расслабления, чтобы успокоиться.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 3: Женя обратилась к специалисту, чтобы тот помог ей с управлением ее финансами.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 4: Она решила поискать работу, которая приносила бы больше денег.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

1. Ничего хорошего не происходит в жизни Эдуарда. Мало что его радует или приносит ему какое-либо удовлетворение. Оцените эффективность каждого из перечисленных действий, чтобы в будущем году Эдуард чувствовал себя получше.

*Действие 1: Эдуард начал звонить друзьям, с которыми он долго не общался, и собрался встретиться с несколькими из них.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 2: Он начал лучше есть, раньше ложиться спать и больше заниматься физкультурой.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 3: Эдуард чувствовал, что он портит людям настроение, и решил поменьше общаться, пока не сможет разобраться с тем, что его беспокоит. Он чувствовал, что должен побыть один.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 4: Эдуард пришел к выводу, что вечер перед телевизором с бутылочкой-другой пива действительно помогает ему чувствовать себя лучше.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

1. Когда Роберт ехал домой с работы, его подрезал грузовик с длинным прицепом. Он даже не успел посигналить. Роберт быстро свернул направо, чтобы избежать столкновения. Он был разъярен. Оцените эффективность каждого их перечисленных действий, помогающих справиться с гневом?

*Действие 1: Роберт преподал водителю грузовика урок, догнав его через несколько миль и также подрезав.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 2: Роберт сказал себе, что такие вещи случаются, и поехал домой.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 3: Он кричал во весь голос, посылая проклятия водителю грузовика.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Действие 4: Он поклялся никогда больше не ездить по этому шоссе.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

Секция E





Секция F

**В каждом из приведенных ниже пунктов вам надо постараться представить определенные чувства. Отвечайте даже в том случае, если вы не способны представить себе это чувство.**

1 Представьте себе, что вы чувствуете вину, за то, что вы забыли навестить друга, который тяжело болен. В середине дня вы понимаете, что вы совершенно забыли, что надо навестить вашего друга в больнице. Оцените сходство между вашим чувством вины и следующими характеристиками.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не похоже |  |  |  | Очень похоже |
| **a. холодный** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. синий** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. сладкий** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2 Представьте, что вы переполнены чувствами в такой чудесный день, получив потрясающие новости о вашей работе и семье. Оцените сходство между вашим чувством удовлетворения и следующими характеристиками.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не похоже |  |  |  | Очень похоже |
| **a. теплый** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. фиолетовый** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. соленый** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3 Представьте, что вы чувствуете себя истощенным, заторможенным и ожесточенным. Оцените сходство между этим вашим чувством и следующими характеристиками.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не похоже |  |  |  | Очень похоже |
| **a. озадаченный** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. одинокий** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. удивленный** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4 Представьте, что вы чувствуете себя оживленным, значительным, утонченным и готовым к новому. Оцените сходство между этим вашим чувством и следующими характеристиками.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не похоже |  |  |  | Очень похоже |
| **a. возбужденный** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. ревнивый** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. напуганный** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5 Представьте, что вы чувствуете себя замкнутым, хмурым и оцепенелым. Оцените сходство между этим вашим чувством и следующими характеристиками.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не похоже |  |  |  | Очень похоже |
| **a. грустный** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b. довольный** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c. успокоенный** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Секция G

**Выберите наилучший вариант ответа для каждого из вопросов.**

1. Чувство озабоченности наиболее близко объединяет следующий набор эмоций...

a. любовь, беспокойство, удивление, гнев

b. удивление, гордость, гнев, страх

c. сопричастность, беспокойство, страх, воодушевление

d. страх, радость, удивление, смущение

e. беспокойство, забота, нетерпимость

1. «Постоянное ожидание хорошего» - это, другими словами, ...

a. оптимизм

b. счастье

c. удовлетворенность

d. радость

e. удивление

1. Признание, радость, и теплота часто обозначают словом...

a. любовь

b. изумление

c. предчувствие

d. удовлетворенность

e. признание

1. Чувства отвращения и гнева объединяются в ощущении...

a. вины

b. гнева

c. стыда

d. ненависти

e. презрения

1. Неприятная неожиданность приводит к ...

a. разочарованию

b. изумлению

c. гневу

d. опасению

e. сожалению

1. Печаль, вину и сожаление обозначают словом...

a. горе

b. раздражение

c. подавленность

d. раскаяние

e. несчастье

1. Расслабленность, защищенность и умиротворение - всё части...

a. любви

b. усталости

c. надежды

d. спокойствия

e. предчувствия

1. Боязнь, радость, удивление и смущение - всё это части ...

a. почитания

b. благоговейного страха

c. замешательства

d. уважения

e. симпатии

1. Стыд, удивление и смущение объединяются в ощущении...

a. ревности

b. печали

c. вины

d. зависти

e. унижения

1. Восхищение, любовь и беспокойство - все это части...

a. ревности

b. печали

c. злобы

d. гордости

e. беспокойства

1. Радость, волнение и неуверенность - все это части чувства...

a. жизнерадостности

b. ожидания

c. беспокойства

d. покоя

e. умиротворения

1. Печаль и удовлетворение-оба иногда составляют чувство ...

а. ностальгии

b. беспокойства

с. ожидания

d. подавленности

е. презрения

Секция H

**Пожалуйста, выберите ответ по каждому пункту.**

1. В течение прошлого года Иван был наставником по работе своего близкого друга и коллеги. Сегодня этот друг сильно удивил его, сообщив, что его взяли на работу в другую компанию и он должен переехать. Он не говорил, что ищет другую работу. Оцените, насколько эффективны в данной ситуации действия Ивана, направленные на сохранение хороших отношений между ними.

*Ответ 1: Иван порадовался за друга и сказал ему, что он доволен, что тот получил новую работу. В последующие несколько недель Иван сделал все, чтобы рассеять все сомнения и сохранить их дружеские контакты.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Ответ 2: Иван расстроился по поводу того, что его друг уезжает, но он решил, что это произошло из-за того, что он не очень дорожил их дружбой. Он же не упоминал о том, что ищет работу. Смирившись, что его друг уезжает, Иван сделал вид, что ничего не происходит и стал искать новых друзей на работе.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Ответ 3: Иван очень рассердился на то, что его друг ничего не сказал. Он выказал свое неодобрение, решив не замечать своего друга, пока тот не объяснит свой поступок. Иван подумал, что если его друг не объяснится с ним, то это лишь подтвердит мнение Ивана, что с ним не стоит разговаривать.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

1. Учительница позвонила родителям Ромы, чтобы поговорить о плохом поведении их сына в школе. Она сообщила им, что на уроках их сын всех сводит с ума, всех прерывает и не может сидеть спокойно. Эта учительница не справляется с активными мальчиками, и родители Ромы пытаются понять, что же происходит на самом деле. Когда же учительница сказала, что если их сын не исправиться, то он будет оставлен на второй год, родители очень рассердились. Оцените, насколько эффективно помогут их сыну такие родительские действия.

*Ответ 1: Родители сказали учительнице, что они потрясены, так как они в первый раз слышат, что имеются какие-то проблемы. Они попросили встречи с ней, а также высказали пожелание, чтобы на встречу пришел еще и директор школы.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Ответ 2: Родители сказали учительнице, что, если она будет угрожать, что оставит их сына на второй год, то они обратятся с этим вопросом к директору. Они сказали: «Если наш сын будет оставлен на второй год, мы будем считать вас лично ответственной за это. Вы - учитель, и ваша работа - преподавать, а не обвинять учеников».*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Ответ 3: Родители Ромы не стали говорить с учительницей, а связались с директором. Они пожаловались на угрозы учительницы и попросили, чтобы их сын был переведен в другой класс.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

1. У Лизы все идет хорошо. Пока другие жаловались по поводу работы, Лиза получила повышение и приличную прибавку к зарплате. Ее дети здоровы и хорошо учатся в школе, ее брак устойчив и очень счастлив. Лизу распирает от гордости, и она чувствует желание похвастаться перед своими друзьями. Оцените, насколько эффективным будет каждый из ее аргументов для сохранения хороших отношений с друзьями.

*Ответ 1: Так как все очень хорошо, вполне нормально гордиться этим. Но Лиза также понимает, что некоторые люди воспримут это как хвастовство или могут позавидовать ей. Поэтому она поделилась своими чувствами только с самыми близкими друзьями.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Ответ 2: Лиза подумала о том, что в будущем все может пойти не так хорошо, и она ясно представила свои перспективы. Она поняла, что хорошее часто бывает недолговечно.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

*Ответ 3: Вечером Лиза поделилась своими чувствами с мужем. У нее окрепло решение, что семья должна провести вместе выходные и сообща решать все семейные проблемы.*

a. Очень неэффективно

b. Достаточно неэффективно

c. Нейтрально

d. Достаточно эффективно

e. Очень эффективно

## Интерпретация

### Общие принципы

Алгоритм подсчета баллов начинается с вычис­ления 8 разделов теста. Каждому ответу испытуемого приписывается балл, основанный на результатах консенсуса или частотности по выборке. Следующий шаг заключается в подсчете среднего балла за каждый раздел. Дальше подсчитываются баллы за каждую ветвь, которые представляют собой среднее между баллами за разделы. Общий балл вычисляется как среднее всех 8 разделов теста.

### Перевод в стены

Перевод сырых баллов по шкалам MSCEIT в стены

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сте­ны** | **Иденти­фикация эмоций** | **Использова­ние эмоций в решении проблем** | **Понимание и анализ эмоций** | **Сознател­ное управление эмоциями** | **Общий балл** |
| 1 | 0,197-0,299 | 0,201-0,275 | 0,171-0,342 | 0,184-0,241 | 0,251-0,32 |
| 2 | 0,3-0,328 | 0,276-0,298 | 0,343-0,37 | 0,242-0,261 | 0,321-0,337 |
| 3 | 0,329-0,358 | 0,299-0,321 | 0,371-0,399 | 0,262-0,282 | 0,338-0,355 |
| 4 | 0,359-0,387 | 0,322-0,344 | 0,4-0,427 | 0,283-0,302 | 0,356-0,372 |
| 5 | 0,388-0,417 | 0,345-0,367 | 0,428-0,456 | 0,303-0,323 | 0,373-0,39 |
| 6 | 0,418-0,446 | 0,368-0,39 | 0,457-0,484 | 0,324-0,343 | 0,391-0,407 |
| 7 | 0,447-0,476 | 0,391-0,413 | 0,485-0,513 | 0,344-0,364 | 0,408-0,425 |
| 8 | 0,477-0,505 | 0,414-0,436 | 0,514-0,541 | 0,365-0,384 | 0,425-0,442 |
| 9 | 0,506-0,535 | 0,436-0,459 | 0,542-0,57 | 0,384-0,405 | 0,443-0,46 |
| 10 | 0,536-0,548 | 0,46-0,476 | 0,571-0,597 | 0,405-0,408 | 0,461-0,75 |

## Практическое значение

Результаты психометрической проверки характеристик русскоязычного перевода теста «Эмоциональный интеллект» MSCEIT V. 2.0 показывают, что данная методика соответствует минимальным требованиям, предъявляемым к исследовательским методикам, и может быть использована именно для этих целей. Выявленные отдельные невысокие психометрические показатели не препятствуют использованию теста, но указывают на необходимость дальнейшей работы по адаптации и стандартизации теста.

Авторы адаптации сообщают, что в первую очередь работа будет проведена со «слабыми» пунктами теста, влияющими на надежность теста. Уже начата работа по сопоставлению MSCEIT V. 2.0 с другими методиками, изучающими эмоциональный интеллект и эмоциональную регуляцию. По данным авторов адаптации на текущий момент результаты сравнения коэффициентов надежности по всем первичным и суммарным шкалам теста показывают, что в целом коэффициенты надежности в российской выборке уступают американским, однако на определенных уровнях обобщения становятся достаточными для признания теста психометрически адекватным. Коэффициенты надежности колеблятся от 0,79 (шкала Е) до 0,30 (шкала Н).

**Приложение 2**

Таблица 4 Текст опросника «Эмоциональный интеллект» Н. Холла

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Утверждение | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| 1. Для меня как отрицательные, так и положительные эмоции служат источником знания о том, как поступать в жизни. |  |  |  |  |  |  |
| 2. Отрицательные эмоции помогают мне понять, что я должен изменить в своей жизни. |  |  |  |  |  |  |
| 3. Я спокоен, когда испытываю давление со стороны. |  |  |  |  |  |  |
| 4. Я способен наблюдать изменение своих чувств. |  |  |  |  |  |  |
| 5. Когда необходимо, я могу быть спокойным и сосредоточенным, чтобы действовать в соответствии с запросами жизни. |  |  |  |  |  |  |
| 6. Когда необходимо, я могу вызвать у себя широкий спектр положительных эмоций, такие, как веселье, радость, внутренний подъем и юмор. |  |  |  |  |  |  |
| 7. Я слежу за тем, как я себя чувствую. |  |  |  |  |  |  |
| 8. После того как что-то расстроило меня, я могу легко совладать со своими чувствами. |  |  |  |  |  |  |
| 9. Я способен выслушивать проблемы других людей. |  |  |  |  |  |  |
| 10. Я не зацикливаюсь на отрицательных эмоциях. |  |  |  |  |  |  |
| 11. Я чувствителен к эмоциональным потребностям других. |  |  |  |  |  |  |
| 12. Я могу действовать на других людей успокаивающе. |  |  |  |  |  |  |
| 13. Я могу заставить себя снова и снова встать перед лицом препятствия. |  |  |  |  |  |  |
| 14. Я стараюсь подходить к жизненным проблемам творчески. |  |  |  |  |  |  |
| 15. Я адекватно реагирую на настроения, побуждения и желания других людей. |  |  |  |  |  |  |
| 16. Я могу легко входить в состояние спокойствия, готовности и сосредоточенности. |  |  |  |  |  |  |
| 17. Когда позволяет время, я обращаюсь к своим негативным чувствам и разбираюсь, в чем проблема. |  |  |  |  |  |  |
| 18. Я способен быстро успокоиться после неожиданного огорчения. |  |  |  |  |  |  |
| 19. Знание моих истинных чувств важно для поддержания «хорошей формы». |  |  |  |  |  |  |
| 20. Я хорошо понимаю эмоции других людей, даже если они не выражены открыто. |  |  |  |  |  |  |
| 21. Я могу хорошо распознавать эмоции по выражению лица. |  |  |  |  |  |  |
| 22. Я могу легко отбросить негативные чувства, когда необходимо действовать. |  |  |  |  |  |  |
| 23. Я хорошо улавливаю знаки в общении, которые указывают на то, в чем другие нуждаются. |  |  |  |  |  |  |
| 24. Люди считают меня хорошим знатоком переживаний других людей. |  |  |  |  |  |  |
| 25. Люди, осознающие свои истинные чувства, лучше управляют своей жизнью. |  |  |  |  |  |  |
| 26. Я способен улучшить настроение других людей. |  |  |  |  |  |  |
| 27. Со мной можно посоветоваться по вопросам отношений между людьми. |  |  |  |  |  |  |
| 28. Я хорошо настраиваюсь на эмоции других людей. |  |  |  |  |  |  |
| 29. Я помогаю другим использовать их побуждения для достижения личных целей. |  |  |  |  |  |  |
| 30. Я могу легко отключиться от переживания неприятностей. |  |  |  |  |  |  |

Таблица 5 - Результаты по опроснику «Эмоциональный интеллект»

Н. Холла по каждому родителю

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кол-во родите-лейдетейинвалидов | Шкалы  | Интегра-тивный уровень эмоциона-льного интеллекта | Кол-во родите-лейдетейинвалидов | Шкалы | Интегра-тивный уровень эмоцио-нального интеллекта |
| Эмоциональная осведомленность  | Управление своими эмоциями  | Самомотивация | Эмпатия | Распознавание эмоций других людей  | Эмоциональная осведомленность  | Управление своими эмоциями  | Самомотивация | Эмпатия | Распознавание эмоций других людей  |
| 1 | 7 | 8 | 10 | 2 | 5 | 32 | 16 | 14 | 12 | 12 | 12 | 5 | 57 |
| 2 | 12 | 11 | 8 | 5 | 8 | 44 | 17 | 12 | 14 | 15 | 15 | 14 | 70 |
| 3 | 4 | 8 | 12 | 2 | -2 | 24 | 18 | 5 | 9 | 9 | 14 | 9 | 46 |
| 4 | 11 | 9 | 8 | 5 | 12 | 45 | 19 | 11 | 15 | 6 | 8 | 14 | 54 |
| 5 | 7 | 5 | 9 | 9 | 14 | 44 | 20 | -3 | -2 | 7 | 11 | 11 | 24 |
| 6 | 5 | 11 | 15 | 6 | 8 | 45 | 21 | 9 | 2 | 4 | 6 | 10 | 31 |
| 7 | 6 | 9 | 2 | 2 | 15 | 32 | 22 | 14 | 9 | 11 | 13 | 5 | 52 |
| 8 | 4 | 14 | 9 | 9 | 10 | 46 | 23 | 11 | 10 | 7 | 6 | 4 | 38 |
| 9 | 7 | 11 | 10 | 5 | 14 | 47 | 24 | 6 | 10 | 8 | 4 | 10 | 38 |
| 10 | 14 | 6 | 10 | 8 | 13 | 51 | 25 | 14 | 9 | 10 | 10 | 6 | 49 |
| 11 | 11 | 13 | 5 | 5 | 11 | 45 | 26 | 2 | 2 | 4 | 8 | 5 | 21 |
| 12 | 6 | 12 | 1 | 7 | 8 | 34 | 27 | 10 | 5 | 11 | 6 | 6 | 38 |
| 13 | 10 | 9 | 10 | 10 | 6 | 45 | 28 | 2 | 5 | 4 | 6 | 14 | 31 |
| 14 | 8 | 2 | 4 | 8 | 5 | 27 | 29 | 6 | 5 | 5 | 7 | 13 | 36 |
| 15 | -4 | 5 | 11 | 9 | 6 | 27 | 30 | 10 | 8 | 7 | 1 | 12 | 37 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

продолжение табл.5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Конт-роль-ная группа | Шкалы  | Интегра-тивный уровень эмоциона-льного интеллекта |
| Эмоциональная осведомленность  | Управление своими эмоциями  | Самомотивация | Эмпатия | Распознавание эмоций других людей  |
| 1 | 4 | 6 | 8 | 5 | 6 | 29 |
| 2 | 7 | 9 | 5 | 8 | 11 | 40 |
| 3 | 7 | 10 | 4 | 6 | 2 | 29 |
| 4 | 9 | 6 | 4 | 5 | 9 | 33 |
| 5 | 8 | 5 | 10 | 9 | 11 | 43 |
| 6 | 4 | 6 | 4 | 9 | 8 | 31 |
| 7 | 5 | 10 | 7 | 5 | 7 | 34 |
| 8 | 8 | 5 | 5 | 4 | 9 | 31 |
| 9 | 6 | 8 | 5 | 6 | 8 | 33 |
| 10 | 8 | 5 | 9 | 4 | 3 | 29 |
| 11 | 7 | 6 | 5 | 5 | 6 | 29 |
| 12 | 8 | 4 | 2 | 8 | 5 | 27 |
| 13 | 9 | 5 | 4 | 10 | 7 | 35 |
| 14 | 5 | 6 | 4 | 5 | 8 | 28 |
| 15 | -2 | 3 | 7 | 8 | 7 | 23 |

**Приложение 3**

 Таблица 7. Текст опросника ЭмИн Люсина

Таблица 8 - Результаты по опроснику «ЭмИН» Д.В Люсина по каждому родителю

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество родителей детей инвалидов | ВЭИ | МП | МУ | ВП | ВУ | ВЭ | ПЭ | УЭ | ОЭИ | Итоговый уровень |
| 1 | 34 | 19 | 22 | 7 | 8 | 10 | 27 | 5 | 74 | Низкое значение |
| 2 | 39 | 33 | 30 | 12 | 11 | 8 | 22 | 14 | 99 | Высокое значение |
| 3 | 32 | 11 | 22 | 4 | 8 | 12 | 33 | 5 | 81 | Среднее значение |
| 4 | 38 | 30 | 25 | 11 | 9 | 8 | 22 | 14 | 90 | Среднее значение  |
| 5 | 36 | 19 | 14 | 7 | 5 | 9 | 25 | 25 | 82 | Среднее значение |
| 6 | 40 | 14 | 30 | 5 | 11 | 15 | 41 | 16 | 101 | Очень высокое значение |
| 7 | 32 | 16 | 25 | 6 | 9 | 5 | 17 | 18 | 68 | Низкое значение |
| 8 | 34 | 11 | 38 | 4 | 14 | 9 | 25 | 25 | 99 | Очень высокое значение |
| 9 | 39 | 19 | 30 | 7 | 11 | 10 | 27 | 14 | 90 | Очень высокое значение |
| 10 | 32 | 38 | 16 | 14 | 6 | 10 | 27 | 22 | 104 | Очень высокое значение |
| 11 | 38 | 30 | 36 | 11 | 13 | 5 | 14 | 14 | 93 | Очень высокое значение |
| 12 | 36 | 16 | 33 | 6 | 12 | 1 | 3 | 19 | 78 | Среднее значение |
| 13 | 36 | 17 | 22 | 10 | 9 | 10 | 17 | 17 | 84 | Среднее значение |
| 14 | 35 | 22 | 5 | 8 | 2 | 4 | 11 | 22 | 65 | Очень низкое значение |
| 15 | 39 | 11 | 14 | 14 | 12 | 12 | 30 | 25 | 80 | Среднее значение |
| 16 | 40 | 28 | 33 | 12 | 14 | 15 | 13 | 28 | 112 | Очень высокое значение |
| 17 | 32 | 23 | 18 | 5 | 9 | 9 | 11 | 21 | 83 | Среднее значение |
| 18 | 34 | 14 | 25 | 11 | 15 | 6 | 25 | 38 | 101 | Очень высокое значение |
| 19 | 39 | 30 | 41 | -3 | -2 | 7 | 16 | 22 | 110 | Очень высокое значение |
| 20 | 32 | 8 | 5 | 9 | 2 | 4 | 19 | 30 | 62 | Очень низкое значение |
| 21 | 38 | 25 | 5 | 14 | 9 | 11 | 11 | 16 | 58 | Очень низкое значение |
| 22 | 36 | 38 | 25 | 11 | 10 | 7 | 30 | 5 | 98 | Высокое значение |
| 23 | 36 | 30 | 27 | 6 | 10 | 8 | 19 | 16 | 93 | Высокое значение |
| 24 | 35 | 16 | 27 | 14 | 9 | 10 | 22 | 11 | 82 | Среднее значение |
| 25 | 39 | 38 | 25 | 2 | 2 | 4 | 27 | 27 | 118 | Очень высокое значение |
| 26 | 38 | 5 | 5 | 10 | 5 | 11 | 11 | 22 | 44 | Очень низкое значение |
| 27 | 36 | 27 | 14 | 2 | 5 | 4 | 30 | 16 | 88 | Среднее значение |
| 28 | 40 | 5 | 14 | 6 | 5 | 5 | 11 | 16 | 63 | Очень низкое значение |
| 29 | 32 | 16 | 14 | 10 | 8 | 7 | 14 | 19 | 72 | Низкое значение |
| 30 | 34 | 11 | 22 | 14 | 12 | 12 | 19 | 3 | 73 | Низкое значение |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество родителей здоровых детей | ВЭИ | МП | МУ | ВП | ВУ | ВЭ | ПЭ | УЭ | ОЭИ | Итоговый уровень |
| 1 | 34 | 11 | 20 | 7 | 8 | 10 | 23 | 7 | 61 | Низкое значение |
| 2 | 39 | 27 | 31 | 12 | 11 | 8 | 20 | 13 | 81 | Среднее значение |
| 3 | 32 | 9 | 20 | 4 | 8 | 12 | 27 | 6 | 62 | Низкое значение |
| 4 | 38 | 25 | 22 | 11 | 9 | 8 | 27 | 12 | 84 | Среднее значение  |
| 5 | 36 | 15 | 17 | 7 | 5 | 9 | 24 | 23 | 79 | Среднее значение |
| 6 | 40 | 14 | 24 | 5 | 11 | 15 | 38 | 18 | 84 | Среднее значение |
| 7 | 32 | 15 | 23 | 6 | 9 | 2 | 8 | 4 | 50 | Низкое значение |
| 8 | 34 | 11 | 35 | 4 | 14 | 9 | 27 | 23 | 86 | Среднее значение |
| 9 | 39 | 15 | 25 | 7 | 11 | 10 | 23 | 16 | 79 | Среднее значение |
| 10 | 32 | 34 | 15 | 14 | 6 | 10 | 25 | 22 | 80 | Среднее значение |
| 11 | 38 | 30 | 26 | 11 | 13 | 5 | 24 | 12 | 82 | Среднее значение |
| 12 | 36 | 13 | 30 | 6 | 12 | 1 | 5 | 17 | 62 | Низкое значение |
| 13 | 36 | 14 | 17 | 10 | 9 | 10 | 14 | 13 | 58 | **Очень низкое значение** |
| 14 | 35 | 20 | 5 | 8 | 2 | 4 | 11 | 22 | 58 | Очень низкое значение |
| 15 | 39 | 9 | 17 | 14 | 12 | 12 | 33 | 21 | 68 | Низкое значение |

**Приложение 4**

Тест на чувства. Методика Торонтская шкала алекситимии. (TAS): Инструкция.

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений.

На каждое утверждение следует давать только один ответ:

* совершенно не согласен;
* скорее не согласен;
* ни то, ни другое;
* скорее согласен;
* совершенно согласен.

Тестовый материал (вопросы).

1. Когда я плачу, то всегда знаю, почему.

2. Мечты – это потеря - времени.

3. Я хотел бы быть не таким застенчивым.

4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю.

5. Я часто мечтаю о будущем.

6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие.

7. Знать, как решать проблемы, важнее, чем понимать причины этих решений.

8. Мне трудно находить правильные слова для выражения моих чувств.

9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам.

10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам.

11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит.

12. Я способен с легкостью описать свои чувства.

13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать.

14. Когда я расстроен, то не знаю, печален ли я, испуган или зол.

15. Я часто даю волю воображению.

16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим.

17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле.

18. Я редко мечтаю.

19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так.

20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение.

21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях.

22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям.

 23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства.

24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему.

25. Я не знаю, что происходит у меня внутри.

26. Я часто не знаю, почему я сержусь.

Ключ к Торонтской шкале алекситимии (TAS).

Подсчет баллов осуществляется:

1) ответы вопросов 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26 оцениваются следующим образом.

"совершенно не согласен" — оценивается в 1 балл,

"скорее не согласен" — 2,

"ни то, ни другое" — 3,

"скорее согласен" — 4,

"совершенно согласен" — 5.

2) Иначе оцениваются пункты шкалы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24.

В них ставим противоположную оценку в баллах по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов; 2—4; 3 - 3; 4 - 2; 5 - 1);

Сумма баллов, полученная в результате сложения по всем пунктам,

есть итоговый показатель "алекситимичности".

Результаты могут распределиться в интервале от 26 до 130 баллов.

Нормы теста.

 "Алекситимический" тип личности получает 74 балла и выше.

 "Неаликситимический" тип личности набирает 62 балла и ниже.

Оказавшиеся в интервале от 62 до 74 баллов относятся к группе риска.

Интерпретация шкалы (теста) алекситимии.

Алекситимия это сниженная способность или затрудненность в вербализации (выражении словами) эмоциональных состояний и  чувств.  Алекситимия свойственна людям, которые по тем или иным причинам ограниченно перерабатывают, а значит осознают эмоциональные впечатления, переживания, чувства, причины поступков.