## Дипломная работа

## Психолого-педагогическая характеристика детей и подростков больных сколиозом

**Содержание**

Введение

Глава 1. МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ

.1 Сколиоз как основное заболевание позвоночника на современном этапе

.2 Общие сведения о сколиотической болезни у детей и подростков

Глава 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ

.1 Характеристика психологических особенностей и психическое развитие детей, больных сколиозом

.2 Особенности организации учебно-воспитательного процесса в школе-интернате для детей, больных сколиозом

Глава 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ

.1 Организация и методы исследования

.2 Анализ результатов исследования

.3 Рекомендации по социально-психологической поддержке и коррекции детей, больных сколиозом в условиях школы-интерната

Заключение

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Приложения

психологическая поддержка болезнь подросток сколиоз

**Введение**

Учет клинических и психологических особенностей детей, больных сколиозом, является важной предпосылкой разработки адекватной программы реабилитации и может способствовать повышению эффективности лечения, снижению уровня инвалидности, успешной интеграции больного ребенка в общество. Важность этой задачи повышается в связи с тем, что в последнее время увеличивается число детей и подростков, страдающих сколиозом. Распространенность этого тяжелого заболевания среди детей и подростков, по данным разных авторов, колеблется от 3-5% до 33,3%.

При сколиозе у детей, даже внешне для них незаметном, с момента постановки диагноза специалистом создается особая психологическая и педагогическая ситуация для больных и их родителей. При этом следует учитывать, что диагноз устанавливается в основном в 12-18 лет, т. е. в возрасте, когда всякий индивид испытывает кризис становления личности, во время которого пытается понять самого себя и других. В этот период болезнь, которая изменяет наружность человека и требует лечения, значительно влияет на формирование личности. Поэтому очень важно, чтобы при лечении больных сколиозом учитывалась не только клиническая симптоматика, но и психологические особенности развития ребенка.

Анализ научных исследований по проблеме психологических особенностей больных сколиозом школьников позволил выявить противоречия между сложностью процесса формирования психических свойств и ориентаций, отражающих содержательную сторону направленности личности больных сколиозом школьников, и недостаточной выраженной ориентацией образовательной практики на решение названной задачи; наличием объективно заданного потенциала в образовании для формирования психики и ориентаций школьников и его недостаточной востребованностью в реальном учебно-воспитательном процессе школы-интерната для больных сколиозом детей; стремлением больных сколиозом школьников к сохранению и укреплению здоровья, самоопределению, самореализации и отсутствием организационно-педагогических условий, способствующих реализации названного стремления в учебно-воспитательном процессе школы-интерната.

Указанные противоречия, актуальность, недостаточная теоретическая разработанность проблемы, а также ее практическая значимость обусловили выбор темы исследования: «Психологические особенности детей, больных сколиозом».

Цель исследования: выявить, обосновать организационно-педагогические условия формирования психологических особенностей больных сколиозом школьников в учебно-воспитательном процессе школы-интерната.

Объект исследования: дети, больные сколиозом, воспитывающиеся в школе-интернате. Предмет исследования: психологические особенности больных сколиозом школьников.

Гипотеза исследования: предполагаем, что психологические особенности детей, больных сколиозом зависят от степени заболевания и их возраста.

Исходя из проблемы, объекта, предмета, цели, гипотезы исследования были сформулированы следующие задачи:

- исследовать медико-педагогическую характеристику детей, больных сколиозом;

- выявить психолого-педагогические особенности детей, больных сколиозом;

- раскрыть историко-педагогический аспект организации учебно-воспитательного процесса в образовательных учреждениях для детей, больных сколиозом;

- изучить психологические особенности детей, больных сколиозом, воспитывающихся в условиях школы-интерната;

- разработать рекомендации по организации педагогического процесса в школе-интернате для эффективного развития и формирования психологических свойств школьников, больных сколиозом.

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

Для решения поставленных задач применялся комплекс методов исследования:

- теоретические - анализ медицинской, психологической, педагогической литературы по проблеме исследования; изучение и обобщение педагогического опыта, изучение нормативной базы, программной документации, методических пособий;

- эмпирические - педагогический эксперимент, анкетирование, опрос;

- статистические - ранжирование; качественный, количественный анализ результатов исследования.

База исследования: санаторная школа-интернат №133 для детей, нуждающихся в длительном лечении сколиоза. В опытно-экспериментальной работе приняли участие 40 человек, в том числе 20 учащихся 2-3-х классов и 20 учащихся 8-9-х классов. Этапы исследования.

- Первый этап - поисково-теоретический. Осуществлялись изучение и анализ медицинской, психологической, педагогической литературы по проблеме исследования; разрабатывался категориальный аппарат исследования; определялись основные исходные положения; уточнялись тема, задачи, гипотеза исследования; отбирались методы изучения исследуемого явления.

- Второй этап - опытно-экспериментальный. Проводилась опытно-экспериментальная работа по изучению и анализу психологических особенностей детей, больных сколиозом.

- Третий этап - обобщающий. Проводился анализ и обобщение результатов исследования; уточнялись выводы, полученные на первом и втором этапах работы.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что выявлены психологические особенности детей, больных сколиозом, воспитывающихся в условиях школы-интерната

Практическая значимость исследования: выявлены психологические особенности детей, больных сколиозом на разных возрастных этапах и разработаны методические рекомендации по теме исследования. Результаты исследования могут быть использованы в образовательной практике школ, в системе переподготовки и повышения квалификации работников образования и могут быть востребованы при разработке методических материалов по обучению и воспитанию больных сколиозом школьников для системы общего и дополнительного профессионального образования.

Структура работы. Исследование состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений.

**Глава 1. Медико-педагогический аспект развития детей, больных сколиозом**

### **1.1 Сколиоз как основное заболевание позвоночника на современном этапе**

Снижение уровня здоровья детского населения России связано с действием ряда неблагоприятных факторов в социально-экономическом развитии страны, с реальным уменьшением объема профилактической деятельности в здравоохранении и других социальных структурах: дошкольных детских учреждениях, школах. В числе нозологических форм, поражающих опорно-двигательный аппарат, особое место занимает сколиотическая болезнь. Росту заболеваемости органов опоры и движения способствует увеличение генетических аномалий развития, а также факторы, связанные с урбанизацией, гиподинамией и нарушением экологии (А.П. Афанасьев [6], М.Г. Дудин [17], О.А. Малахов [28], Ю.И. Поздникин [33, 34]). Систематические исследования в этом направлении крайне редки и в основном касаются частных вопросов развития сколиотической болезни (Л.А. Дрожжина [15, 16], А.Ф. Каптелин [21, 22], И.Д. Ловейко [27], А.П. Овсянников [32]).

Основная функция позвоночника опорная, позволяющая обеспечивать жесткость скелета и сохранять привычную форму тела. Поэтому позвоночник крепкий, обладает определенной гибкостью, обеспечивающей равновесие тела, и имеет четыре естественных изгиба (физиологические изгибы), действующих как пружина, которые смягчают резкие вертикальные нагрузки на позвоночник (прыжки и т.д.), позволяют реагировать на стрессы, связанные с весом тела и его движениями, а также поглощать толчки и удары во время ходьбы. Изгибы, обращенные выпуклостью вперед, называются лордозы (шейный и поясничный), а изгибы, обращенные выпуклостью назад - кифозы (грудной и крестцовый). Кифозы - первичные изгибы, имеющиеся при рождении. Лордозы - вторичные изгибы, формирующиеся по мере роста позвоночника. Физиологические изгибы могут деформироваться из-за болезни, или неправильной осанки, связанной со слабым мышечным корсетом и отсутствием поддержания тонуса мышц спины, поэтому позвоночник начинает работать плохо, мышцы и связки становятся излишне растянутыми, или сжатыми, а позвонки и их соединения начинают изнашиваться, в результате в спине возникает боль.



Рис. 1. Нормальный позвоночник: вид сзади, вид сбоку

Сколиоз - это генетически обусловленное заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся боковым искривлением позвоночника (во фронтальной плоскости), со скручиванием позвонком в процессе их роста (является патологическим состоянием). Сколиоз бывает врожденным и приобретенным.

Причины возникновения сколиоза (большинство случаев сколиоза возникает по не совсем понятным причинам):

- врожденный сколиоз (неправильное развитие позвонков), связан с врожденными нарушениями структуры соединительных тканей с ослаблением связочных структур во всех системах организма, т.е. связки, предназначенные для удержания позвоночного столба в вертикальном положении, оказываются слишком слабыми для этого. Врожденному (первичному, наследственному) сколиозу могут сопутствовать различные врожденные изменения: нарушение развития (дисплазия) тазобедренных суставов, челюстно-лицевые аномалии (раздвоение губы, несращение твердого неба), плоскостопие, аномалии желчевыводящих и мочевыводящих путей.

- приобретенный сколиоз возникает чаще всего у детей (идиопатический юношеский сколиоз) в возрасте от 5 до 15 лет (вследствие нарушения осанки), по мере того как ребенок учиться держать голову и сидеть, особенно у школьников, чему способствует неправильная поза во время учебных занятий, что ведет к неравномерной нагрузке на позвоночник и мышцы спины, утомляет и ослабляет их.

- В дальнейшем возникают изменения связок позвоночника и формы самих позвонков. Также сколиоз у детей может быть следствием перенесенного рахита.

Сколиоз у взрослых может развиваться в результате длительных асимметрических нагрузок на мышцы спины (так называемый профессиональный сколиоз скрипачей, швей, носильщиков и т.д.). В этих случаях искривление развивается медленно и редко достигает такой степени, как в детском и юношеском возрасте.

Сколиоз может быть также следствием врожденных нарушений обмена веществ, результатом поражений при некоторых заболеваниях, сопровождающихся разрушением боковых отделов тел позвонков на большем или меньшем протяжении, например при туберкулезном спондилите, опухолях, остеопорозе, дегенеративном заболевании дисков (остеоартрит) и т.д. У пациентов с повреждением позвоночника и спинного мозга может возникать искривление позвоночника в связи с параличом мышц спины (паралитическая форма сколиоза). А так называемый функциональный сколиоз может возникнуть при наличии у больного одной укороченной ноги [36, с.546-547].



Рис. 2. Позвоночник, искривленный сколиозом

Выделяют 5 основных групп сколиозов, согласно классификации по Кобба (1958), самой распространенной в мире:

- I группа - сколиозы миопатического (мышечного) происхождения. В основе этих искривлений позвоночника лежит недостаточность развития мышечной ткани и связочного аппарата. К этой же группе могут быть отнесены и рахитические сколиозы, которые возникают в результате дистрофического процесса не только в скелете, но и в нервно-мышечной ткани.

- II группа - сколиозы неврогенного происхождения: - на почве полиомиелита; - спастического паралича; - нейрофиброматоза; - сирингомиелии. В эту же группу могут быть включены сколиозы на почве радикулита, болей в пояснице и сколиозы, вызванные дегенеративными изменениями в межпозвонковых дисках, ведущие к сдавливанию корешков и вызывающие корешковые синдромы.

- III группа - сколиозы на почве аномалий развития позвонков и ребер. К этой группе относятся все врожденные сколиозы, возникновение которых обусловлено костными нарушениями развития.

- IV группа - сколиозы, обусловленные заболеваниями грудной клетки (рубцовые на почве эмпиемы, ожогов, пластических операции на грудной клетки).

- V группа - сколиозы идиопатические, происхождение которых и в настоящее время остается еще не изученным.

Для определения степени тяжести сколиоза, врач должен определить величину искривления в цифровом выражении. В нашей стране наиболее распространен метод измерения сколиозного искривления, разработанный В. Д. Чаклиным, за рубежом - метод американского ортопеда Джона Кобба. Принцип измерения сколиозного искривления у этих двух методов практически одинаковый, разница состоит в том, что по Чаклину, чем больше градусов, тем легче степень тяжести сколиоза, а по Коббу - наоборот. Чтобы измерить S-образное двойное искривление врач должен сделать рентгеновский снимок позвоночника. Затем в верхнем участке искривления с помощью линейки проводятся две горизонтальные линии: одна - под верхним позвонком с которого начинается искривление, а другая под нижним. При проведение двух других линий, перпендекулярных первым, образуется угол, который измеряется в градусах. Точно также определяется нижний участок искривления [18, с.8-9].

По тяжести деформации сколиозы подразделяют на 4 степени:

- Сколиоз 1 степени характеризуется небольшим боковым отклонением (до 10°) и начальной степенью скручивания, выявляемой на рентгенограмме. Скручивание определяется в виде небольшого отклонения остистых отростков от средней линии и асимметрии корней дужек. Угол первичной дуги искривления не более 10°.

- Сколиоз 2 степени характеризуется не только заметным отклонением позвоночника во фронтальной плоскости, но и выраженным скручиванием, наличием компенсаторных дуг. На рентгеновском снимке отчетливо проявляется деформация тел позвонков на уровне вершины искривления. Угол первичной дуги искривления в пределах 10°-25°. Клинически определяется мышечный валик из-за торсии (скручивания) позвоночника.

- Сколиоз 3 степени - стойкая и более выраженная деформация, наличие большого реберного горба, резкая деформация грудной клетки. Угол первичной дуги искривления в пределах 25°-40°. На рентгенограмме на вершине искривления и прилегающих к ней участков имеются позвонки клиновидной формы.

- Сколиоз 4 степени сопровождается тяжелым обезображиванием туловища. Отмечаются кифосколиоз грудного отдела позвоночника, деформация таза, отклонение туловища, стойкая деформация грудной клетки, задний и передний реберный горб. На рентгенограмме определяется выраженная клиновидная деформация тел грудных позвонков, тяжелая деформация тел позвонков и позвонковых суставов в грудном и поясничном отделах позвоночника, обызвествление связочного аппарат. Угол основного искривления достигает 40°-90° [29, с.7].

Типы сколиотического искривления позвоночника

. Верхнегрудной или шейно-грудной сколиоз.

При этом типе сколиоза образуется короткая дуга первичного искривления с длинной и пологой вторичной дугой. Верхнегрудной сколиоз является достаточно редко встречающейся формой. Клиническая картина этого типа сколиоза весьма характерна и, прежде всего, определяется вовлечением шейного отдела позвоночника, причем основное искривление изменяет не только шейный отдел позвоночника, но и зачастую кости лицевого черепа. При осмотре обнаруживается явно выраженная кривошея, ассиметричное расположение глаз, косое положение носа и т.п. Верхняя часть грудной клетки и надплечья деформируются. Шея кажется укороченной, резко выступает край трапециевидной мышцы. Эти дефекты трудно исправимы, особенно при запущенном процессе и позднем начале лечения.

. Грудной сколиоз

При этом типе сколиоза наблюдаются наиболее выраженные деформации позвоночника и грудной клетки, у многих больных - с формированием большого мышечного горба. Дуга искривления захватывает 6-7 позвонков и располагается между Th3-Th9. Кроме крутой первичной дуги искривления формируются две вторичные дуги: одна выше основного искривления, другая ниже, в поясничном отделе. Резкое скручивание приводит к несовпадению плоскости грудной клетки и плоскости таза. На выпуклой стороне искривления лопатка резко отходит назад и оттопыривается, на вогнутой стороне искривления грудная клетка уплощена. При наклоне туловища выявляется реберный горб. Средний возраст проявления грудных сколиозов 9-10 лет. Если развитие этого типа сколиоза не удается остановить в раннем возрасте 20-21 год и у него уже завершается формирование позвоночного столба, лечение становится очень трудным, а иногда и безнадежным делом.

. Комбинированный сколиоз.

При этом типе сколиоза обе дуги - грудная и поясничная - как клинически, так и рентгенологически проявляются одновременно. Это единственный вид сколиоза, при котором искривление позвоночника приобретает форму латинской буквы "S" и поэтому они называются S-образными. Комбинированные сколиозы встречаются чаще всего у девочек. При этом типе сколиоза выпуклость грудной дуги чаще бывает направлена в правую сторону, а поясничной - в левую.

Средний возраст проявления этого типа сколиоза лечится очень трудно, а иногда, в запущенных случаях, когда этот тип сколиоза не лечился в детстве, приобретает уродующие формы, которые практически не поддаются излечению.

. Грудопоясничный сколиоз.

Этот тип сколиоза, также как и предыдущий, чаще встречается у девочек, чем у мальчиков. Дуга искривления при этой локализации захватывает обычно грудные позвонки на уровне Th6-Th12. Наиболее частый возраст выявления этого сколиоза 9-10 лет. Искривление более 50° по Кобба чаще встречается у тех больных, у которых заболевание проявилось до 10-летнего возраста. Клинически для этого типа сколиоза характерны выпяченная гребня позвоночной кости на стороне вогнутости искривления, часто встречаются две вторичные дуги. Лечится хорошо, особенно в ранней стадии.

. Поясничный сколиоз.

В формировании поясничного сколиоза обычно принимают участие пять позвонков. Дуга чаще всего располагается между Th12 и L5 с вершиной на L2. Поясничные сколиозы с низкой локализацией часто компенсируются за счет крестца, поэтому при осмотре выделяется резкое углубление треугольника талии с выпячиванием гребня подвздошной кости на вогнутой стороне искривления. При наклоне туловища скручивание проявляется в виде мышечного валика. Реберного горба нет. Течение этих сколиозов более благоприятное. Функциональных расстройств, обычно, не бывает. При поясничных сколиозах деформация грудной клетки выражена слабо, нет реберного горба, внутренние органы страдают мало [7, с.34].

Поясничные сколиозы менее других склонны к прогрессированию и поэтому они лечатся сравнительно легко. Нужно отметить, что доброкачественное течение поясничных сколиозов не гарантирует впоследствии от развития болевого синдрома, связанного с явлениями поясничного отдела позвоночника.

### **1.2 Общие сведения о сколиотической болезни у детей и подростков**

Наибольший практический интерес представляет идиопатический сколиоз, составляющий 90% всех случаев и поражающий, по данным ЦИТО (1981), 6-8% детей. В последние десятилетия отечественные ортопеды из группы идиопатических сколиозов выделяют группу диспластических. В отличие от А.А. Козловского (1932), современные ученые к ним относят не только сколиозы, возникающие на почве неправильного развития пояснично-крестцовой области, но и все аномалии в паравертебральных тканях позвоночника на любом его уровне, исключая грубые (полупозвонки, синостозы позвонков и ребер и др.). Такие сколиозы называют врожденными [20, с.16] Диспластический сколиоз рассматривается как компенсаторно-приспособительные изменения в позвоночнике, обусловленные прямохождением на фоне системной патологии соединительной ткани (накопление гликозоаминогликанов и гексуроновых кислот, понижение содержания гиалуроновой кислоты и др.), проявляющейся в потере её прочности и эластичности [25, с.4]. В процессе освоения ребенком вертикального положения тела, вследствие слабости соединительной ткани фиброзного кольца межпозвоночного диска, происходит разволокнение этого кольца и постепенное смещение пульпозного ядра. При прогрессировании болезни оно смещается в выпуклую сторону. На вершине первичного искривления развивается асимметрия дисков. С дегенерацией пульпозных ядер эта асимметрия исчезает и появляется клиновидность тел позвонков.

На основании хирургического опыта Ю.И. Поздникин [33, с.3-5] делает вывод, что основным фактором ригидности сколиотических дуг является дисково-связочный аппарат и торсионно-клиновидная деформация позвонков. И.З. Нейман, Н.Н. Павленко [31, с.27] рассматривают эти изменения как пусковой механизм, после которого в развитие деформации включается ряд других систем, в том числе и все механизмы регуляции позы человека. Исполнителем всех этих процессов является мышечная система, т. е. та активная сила, которая деятельно способствует сохранению равновесия. В этом отношении связочный аппарат, по мнению А.И.Казьмина, выступает как пассивная сила.

Установлено, что основную роль в удержании тела на уровне искривления играют поперечно-остистые мышцы. Данные ЭМГ исследований подтверждают, что в области искривления активность глубоких мышц наиболее выражена на выпуклой стороне позвоночника [30, с.9]. Исследование С.А.Бумаковой, А.А.Шевченко и М.Г.Дудина [9, с.149-150] выявило, что у детей с идиопатическим сколиозом II и III степени электроактивность поверхностных и глубоких мышц спины на выпуклой стороне сколиотической дуги на 200-300 мкВ больше, чем на вогнутой. Высокая мышечная электроактивность на выпуклой стороне наблюдается без существенных изменений коэффициента асимметрии от линии остистых отростков до задней аксиллярной линии. На основании корреляционного анализа авторы отмечают ротирующую роль паравертебральных мышц спины и деротирующий эффект поверхностных мышц.

Таким образом, изменения, происходящие при сколиозе, являются отражением роста и развития позвоночника в условиях воздействия на него механических сил, компенсирующих смещение пульпозного ядра. Обнаруженные изменения структуры мышц многие исследователи рассматривают как вторичные, развивающиеся в результате прогрессирования сколиотической деформации позвоночника. И.А.Мовшович (1984), изучая у больных сколиозом II-III степени состояние паравертебральных мышц методами электронной микроскопии, рентгеноструктурного анализа и биохимии сократительных белков (актина, миозина, актомиозина), выявил значительные изменения в них, укладывающиеся в понятие "нарушения изотонического состояния мышечных волокон". Именно такое состояние возникает на вогнутой и выпуклой стороне деформации при сколиозе, и по своей природе оно является вторичным [39, с.22].

В научной литературе имеются и противоположные точки зрения. Сторонники гипотезы о мышечно-связочной недостаточности утверждают, что при сколиозе нарушается симметрия в работе мышц и связок, в этом они видят основную причину заболевания. И.А.Ильясевич [19] считает, что этиологическая роль в возникновении сколиоза принадлежит первичному поражению нервно-мышечного аппарата. Асимметричное замещение мышечных волокон и пучков ригидными тканями фиброзного характера, не обладающими способностью к растяжению, становится односторонним тормозящим фактором для позвоночника в период его интенсивного развития. Данное состояние обусловливает возникновение и прогрессирование сколиотической деформации. При этом патологическая сущность врожденного нарушения строения тканей по гистологической картине имеет первичную диспластическую основу. Такая трактовка, по А.И. Казьмину, И.И. Кону, В.Е. Беленькому, укладывается в рамки понимания диспластического синдрома как следствия нарушения метаболизма соединительной ткани.

Г.И. Гайворонский [11, с.40] ведущую роль в развитии сколиоза отдает первичной патологии ЦНС. По мнению автора, в результате поражения нервной системы возникает дисфункция костеобразования в позвонках.

И.И. Кон, В.Е. Беленький, Р.Д. Назарова [25] отмечали у больных сколиозом присутствие дизрафического статуса: разный цвет глаз, разница в размере и форме глазных щелей, микрогения, разная степень развития грудных желез у девушек. По их мнению, проявление дизрафического статуса встречается у 95% больных идиопатическим и диспластическим сколиозом, у 100% больных врожденным сколиозом и только у 5% здоровых людей. В последние годы появился ряд работ, в которых исследуется состояние функций эндокринной системы у детей, больных сколиозом. В крови у них выявляется повышенное содержание андрогенных гормонов и ранняя активизация гонадотропной функции гипофиза. Некоторые исследователи отмечают у больных сколиозом более высокий уровень соматотропного гормона (СТГ) по сравнению со средними стандартами. И.И. Кон, В.Е. Беленький, Р.Д. Назарова предполагают, что обнаруженные при сколиотической болезни у детей и подростков метаболические нарушения в костной и хрящевой соединительной тканях в определенной степени связаны с гормональным дисбалансом.

Ряд авторов (Willner, Uden, 1982; Morais, Bernier, Turcotte, 1985) считает, что дети, больные сколиозом, в возрасте до 10-11 лет опережают в росте своих здоровых сверстников за счет более раннего и выраженного предпубертатного ростового скачка. Другие (Druwwond, 1984; Lonstein, Carlson, 1984), напротив, не находят существенных особенностей в характере и темпах роста у данной группы больных.

Противоречивы литературные сведения о процессе полового созревания девочек с рассматриваемой патологией. Считается, что пубертатный период у них начинается несколько раньше, длительность его больше, чем у здоровых подростков [23, с.284-285]. Druwwond (1980) отмечал у девочек, больных сколиозом III-IV степени, тенденцию к более позднему половому созреванию. Средний возраст у них существенно не отличается от данного показателя в популяции, порядок появления и развития вторичных половых признаков обычный. У некоторых больных с прогрессирующими формами идиопатического сколиоза регистрировали раннее изолированное появление лобкового оволосения.

Общепринятой особенностью данного заболевания является то, что предпубертатный и пубертатный периоды, когда происходит перестройка эндокринной системы, ученые относят к зоне повышенного риска. В эти периоды наблюдается более бурное прогрессирование деформации позвоночника, чем в период детства, причем у девочек сколиоз прогрессирует в 6-8 раз чаще, чем у мальчиков. Прогрессирование деформации позвоночника связывают не с усиленным ростом как таковым, а с эндокринными сдвигами, происходящими в организме ребенка в процессе полового созревания и обусловливающими ускорение темпов роста тела в длину. Перечисленные выше данные говорят о возможной заинтересованности эндокринной системы в прогрессировании данного заболевания в пубертатном периоде. Кроме того, обнаруженные метаболические нарушения в костной и хрящевой тканях могут определяться гормональным дисбалансом.

В последние годы отечественные учёные к факторам риска стали относить несбалансированность продуктов питания и техногенное загрязнение окружающей среды [35, с.15]. Особенности течения диспластического сколиоза начальной степени у детей в условиях промышленного города исследовали А.П.Афанасьев, А.В.Овечкина, В.И.Садофьева [6, с.73-74]. Авторы отмечали, что в условиях технологического загрязнения окружающей среды скелет человека, а в особенности детский, в связи со специфическими депонирующими свойствами костной ткани, наиболее подвержен заболеванию, чем другие органы и системы организма.

Сколиоз не является заболеванием с доброкачественным течением. У больных сколиозом часто встречаются врожденные пороки сердца, легких (агенезия части легкого), мочеполовой и центральной нервной систем. В тяжелых формах возможны и угрожающие жизни осложнения. Общая смертность среди больных, длительно страдающих сколиозом, в 2 раза превышает таковую среди здорового населения. Другие наблюдения больных с врожденным сколиозом позволили обнаружить, что 47% из них стали инвалидами, а средняя продолжительность жизни составила 46,6 лет.

Анализируя вышеизложенное, можно предположить, что сколиотическая болезнь является одним из манифестных признаков каких-то причин, имеющих общий патогенетический механизм. При этом сколиоз на различных этапах онтогенеза оказывает существенное воздействие на общий функциональный статус растущего организма. Для подростков самое серьезное осложнение сколиотической болезни - это деформация грудной клетки. Психологические проблемы у них возникают из-за осознания себя неполноценными гражданами. Рекомендуется не пренебрегать этой стороной заболевания, являющейся сильным травмирующим фактором. К сожалению, в литературе данным аспектам проблемы не уделено должного внимания.

**Глава 2. Психолого-педагогическая характеристика детей и подростков, больных сколиозом**

### **2.1 Характеристика психологических особенностей и психическое развитие детей, больных сколиозом**

Изучение клинических и психических особенностей людей с двигательными нарушениями и травмами позвоночника, а также изучение возможности их социальной адаптации началось еще в середине XIX в. В. Литтл первым описал не только клиническую характеристику двигательных расстройств у детей, но и дал характеристику их речевых нарушений, особенностей личностного развития.

В России в начале XIX в. вопросами помощи детям и подросткам с двигательными нарушениями занимался Г.И. Турнер. Он пытался проводить ортопедическую коррекцию пораженных конечностей. Под его патронажем была организована трудовая мастерская, в которой мальчиков с двигательными нарушениями обучали профессиям.

Большой вклад в разработку методов лечения таких детей внесла К.А. Семенова, а в создание специальной системы их обучения и воспитания - М.В. Ипполитова. К настоящему времени накоплен большой фактический материал, характеризующий клинико-психологические особенности детей с нарушениями позвоночника, а также вопросы обучения и воспитания детей с двигательными нарушениями (К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, И.В. Ипполитова, Н.В. Симонова, И.И. Мамайчук, И.И. Панченко, Э.С. Калижнюк и др.).

Современные тенденции медико-демографических процессов в Российской Федерации обусловливаются негативными явлениями, среди которых одно из ключевых мест принадлежит снижению уровня здоровья детского населения. Ухудшение здоровья подрастающего поколения связано не только с действием неблагоприятных факторов в социально-экономическом развитии страны, но и с реальным снижением приоритета профилактической деятельности как в здравоохранении, так и в других социальных секторах - дошкольных учреждениях, школах [5]. Увеличение числа детей и подростков, страдающих последствиями прогрессирования сколиотической болезни, - одна из актуальных проблем практической медицины. Потенциальный неблагоприятный эффект от прогрессирования сколиотической болезни связан со снижением функциональных возможностей организма, повышенной утомляемостью, а также формированием уродливых деформаций фигуры, психологических и социальных проблем. Последние проявляются как в течение детства (например, неудовлетворенность внешним видом, социальная изоляция), так и в течение взрослой жизни (выбор профессии, трудности в создании семьи), а также в значительных финансовых затратах на лечение.

Исследование, проведенное А.П. Шкляренко и Е.К. Аганянц [41, с.46], в котором участвовали девочки подросткового возраста, показало, что факт фрустрации отмечали 79% опрошенных больных. При этом 27% не смогли реализовать свои желания в спорте, 34% - заниматься музыкой и танцами. 18% больных вынуждены были изменить при выборе будущей профессии свою профессиональную ориентацию. Старших девочек, страдающих сколиотической болезнью II-III степени, беспокоила проблема создания семьи и возможность иметь здоровых детей. Боязнь развития уродств тела, как следствие прогрессирования сколиотической болезни, отмечали 92% опрошенных девочек подросткового возраста.

По данным немногочисленных работ отечественных и зарубежных авторов, при наличии физической неполноценности вследствие различных заболеваний, в том числе и ортопедических, у детей наблюдаются существенные личностные нарушения. На формировании личности больного сколиозом отрицательно сказывается сложный комплекс психогенных факторов: психическая депривация больного (сенсорная, социальная, эмоциональная), неблагоприятная микросредовая обстановка с постоянной психогенной травматизацией из-за физической неполноценности, причем это отрицательное влияние заключено не только в самом дефекте, но и в болезненном реагировании окружающих, особенно родителей (воспитание по типу гиперопеки), частом пребывании ребенка в больнице или санатории, разнообразных хирургических вмешательствах. Психическое состояние ребенка в значительной степени обусловлено и тяжестью двигательного дефекта, в результате чего у него развиваются такие черты, как замкнутость, инактивность, эмоционально-волевой инфантилизм, эгоцентризм. Как правило, это дети с сохранным интеллектом, имеющие возможности социальных контактов и потребности в них.

Исследование, проведенное О.А. Дадаевой, Р.Т. Скляренко, Н.Г. Травниковой [13, с.14] и направленное на изучение личностных особенностей подростков, больных сколиозом, в их взаимосвязи с клиническими характеристиками, показало, что большинство детей, больных сколиозом (87%), не удовлетворены своей жизнью в целом, отмечают снижение настроения и чувство одиночества в период госпитализации. В методике САН больным предлагалось оценить свое состояние здоровья. Психологический анализ выявил снижение показателя самочувствия у части из опрошенной группы подростков, но 58,9% пациентов оценивали свое состояние как нормальное. Это объясняется тем, что в большинстве случаев сколиотическая болезнь на начальных стадиях протекает бессимптомно и ее диагностирование бывает неожиданным для больных. Основная часть подростков не осознает наличия изменений в тканях позвоночника, до тех пор пока прогрессирование деформации туловища не вызывает негативных косметических изменений в их фигуре, вследствие которых и появляется комплекс психологических проблем, формирующийся на фоне осознания своей неполноценности. Как правило, у подростков, оценивших свое самочувствие как плохое, наблюдалась выраженная деформация позвоночника с углом искривления основной дуги более 30°.

Вынужденное снижение активности (психической и социальной) значимо влияет на показатели самооценки и коррелирует со средним значением шкал, которое отражает усредненную высоту профиля и риск акцентуаций.

Подростки, больные сколиозом, чаще всего имеют низкую или сниженную нервно-психическую устойчивость, что свидетельствует о трудностях адаптации к социальному окружению, повышенной вероятности возникновения психопатологических дезадаптационных расстройств и нервно-психических срывов.

Значения шкал тест-опросника Шмишека у подростков со сколиозом в среднем оказываются достаточно высокими, что подтверждает большую вероятность акцентуированных черт и особенностей характера, выходящих за пределы нормы. Чаще других в обследуемой группе значения следующих шкал выходят за пределы нормативных (у одного испытуемого может быть несколько таких шкал):

- гипертимический тип. Подросток такого типа характеризуется большой подвижностью, общительностью, приподнятым фоном настроения, повышенной самооценкой, склонностью к раздражительности. Люди этого типа трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

- эмотивный тип. Главной особенностью такой личности являются высокая чувствительность и глубокие эмоциональные реакции, они впечатлительны, ранимы, жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди.

- экзальтированный тип. Яркая черта подростков этого типа - бурное реагирование, лабильность психики, легкие переходы от состояния восторга к состоянию печали. Они крайне впечатлительны, подвержены сиюминутным настроениям.

Преобладание акцентуированных черт по шкалам, характеризующимся эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, у подростков с выраженными деформациями позвоночника определяет необходимость учета этих особенностей при реализации медицинского и социально-педагогического аспектов индивидуальной программы реабилитации.

Оперированные больные имеют более низкие баллы по показателю нервно-психической устойчивости и по шкалам демонстративности и экзальтированности. В свою очередь подростки, проходящие консервативное лечение в отличие от оперированных детей обладают более высокой нервно-психической устойчивостью, а также более демонстративны, склонны бурно, эмоционально реагировать и привлекать к себе внимание.

Более выраженные дефекты позвоночника, заметные окружающим, легче формируют у ребенка чувство собственной неполноценности и, следовательно, отрицательно влияют на его формирующуюся личность. Сравнивая личностные особенности подростков, имеющих III и IV степень сколиоза, О.А. Дадаева, Р.Т. Скляренко, Н.Г. Травникова [13, с.14] обнаружили, что действительно выраженный дефект коррелирует с большим риском нарушений нервно-психической устойчивости. Таким образом, подростки с менее выраженными деформациями позвоночного столба (III степень) отличаются более высокой нервно-психической устойчивостью, а также обладают наиболее выраженными чертами личности, такими как ригидность, добросовестность, склонность следовать плану, повышенная тревожность, беспокойство за свою судьбу. Эти личностные особенности, вероятно, способствуют более аккуратному и точному выполнению мероприятий реабилитации (контроль за осанкой, выполнение лечебной гимнастики, рекомендаций врачей). Также подростки с III степенью сколиоза ярче реагируют эмоционально, чувствительны и отзывчивы, больше склонны к демонстративному поведению, чем подростки с выраженной деформацией позвоночника (IV степень), которые стараются оставаться в "тени". Длительность влияния психотравмирующих факторов, таких как болезнь, ограничения жизнедеятельности и необходимость лечебных мероприятий, также оказывают влияние на формирование личностных особенностей больных подростков. Длительный период болезни накладывает отпечаток на проявление личностных особенностей: снижается нервно-психическая устойчивость, повышается риск дезадаптации, подростки больше стремятся быть "в тени", не обращать на себя внимание, становятся более склонными к быстрым переходам от радости к печали, бурным эмоциональным реакциям, впечатлительности, тревожности и неуверенности в своих силах. Следовательно, длительность заболевания сколиозом повышает риск формирования патопсихологических реакций личности и такие больные нуждаются в психологическом обследовании с последующим уточнением их реабилитационного потенциала и коррекцией программы реабилитации.

Группа заболевших в старшем подростковом возрасте требует особого внимания, так как в этот период формирующиеся личностные структуры более подвержены деформации, характеризуются повышением тревожности, настороженности и ранимости, что требует формирования индивидуального подхода к больному подростку.

Вопрос содержания и формирования представлений о собственном теле важен не только для оценки зрелости психики индивидуума, носителя такого сознания, но и для правильного понимания ряда существенных медико-психологических закономерностей. Немецкий ученый Пауль Шильдер, начиная с 1914 г., систематизировал сведения по этому вопросу в монографии «Схема тела», которая впервые была опубликована в 1923 г. Он, в частности, показал, что знания и восприятия не являются продуктом пассивного положения тела. Они формируются в ситуации, для которой подвижность составляет необходимую основу. Такая подвижность - сложное образование, отличающееся различными уровнями.

Представление о собственном теле основано не только на ассоциациях, памяти, опыте, но и на намерениях, целях, тенденциях человека. Телесное «Я» человека формируется активно из нужд его личности. Из действий и решений, которые принимает он, в конечном счете, слагается и телесное «Я». Движение оказывается тем могучим фактором, который объединяет различные части тела воедино и вместе с тем обеспечивает точные связи жизнедеятельности организма с внешним миром. Иными словами, наше знание о своем теле в первую очередь зависит от активной деятельности.

В «сознании болезни» различают ряд существенных взаимосвязанных аспектов.

Во-первых, все новые для индивидуума изменения в организме отражаются в сознании. Со временем, в результате повторения аналогичных или близких болезненных состояний или затяжного течения болезни накапливаемые в субъективном опыте знания о болезни соотносятся, болезнь осознается все более полно и детально.

Выдающийся русский клиницист В.А. Манассеин (1841 - 1901), которого современники не без основания гордо называли «рыцарем врачебной этики», пришел к заключению о психологическом механизме субъективной оценки больным своего состояния. Он считал, что в условиях, когда группа представлений была связана с болезненными явлениями в организме, легко возникает наклонность к тому, чтобы при повторении этих болезненных явлений повторялись и известные представления.

Во-вторых, в непрерывном единстве с таким процессом отражения болезни в сознании больного формируется индивидуальное отношение к происходящим изменениям в организме, к самой болезни, ее возможным индивидуальным и общественным последствиям. Такое отношение вначале находит выражение в особенностях общего субъективного переживания болезни, в изменениях самочувствия больного. Оно может сохраняться лишь в пределах внутренних переживаний или приобретать различные формы выражения вовне (слова, обращения, жалобы, советы, просьбы, действия, поступки, поведение).

Вначале сознание болезни, оказываясь новым опытом для больного, может существенно не преображать психику. Однако, как правило, более или менее длительное отражение (особенно затяжных, инвалидизирующих) болезненных изменений, происходящих во внутренних органах, в сознании и сопутствующее усложнение отношения к болезни привносят преходящие или стойкие изменения в клинику. Эти изменения при одной и той же болезни и при одинаковых объективных сдвигах в системах (органах) организма оказываются различными в связи с двумя главными обстоятельствами: во-первых, преморбидными особенностями психики больного и, во-вторых, особенностями его личности.

Отражение в сознании возникших болезненных изменений во внутренних органах происходит в единстве с формированием отношения больного к ним.

И все же, так же как между отражаемым объектом и образом впечатления никогда не бывает тождества, между отражаемым в сознании больного представлением о болезни и объективным характером ее также никогда не возникает полного соответствия. Степень такого несоответствия при разных особенностях психики больного бывает неодинаковой.

Диапазон вариантов сознания болезни представлен таким обилием, которое по существу включает бесконечное многообразие индивидуальностей людей.

На одном полюсе представлены явления анозогнозии (в широком понимании этого слова - субъективной недооценки, отрицания объективно существующей болезни), а на другом - явления гипернозогнозии (разные формы субъективной переоценки объективных соматических расстройств). Между ними находится множество промежуточных состояний сознания болезни.

Особенности сознания болезни и в первую очередь гипернозогностический вариант его получают выражение не только в содержании переживания болезни, но и в речи, мимике, пантомимике, во всем поведении больного. Они особенно полно представлены в жалобах: в их содержании, эмоциональной окраске, степени близости, актуальности для больного. При этом гипернозогнозия, субъективная переоценка тяжести болезни нередко придает жалобам гротескное, преувеличенное, усиленное звучание. Жалобы больного приобретают упорный характер, настойчиво повторяются, несмотря на заверения врача об их необоснованности и неоднократные попытки разубеждения больного.

Такие болезненные состояния психики вначале развиваются теми путями, которые были показаны выше (по механизму висцероцеребральных влияний).

Позднее, однако, дополнительным поводом для их развития и усложнения становятся внутренние конфликты, возникающие в связи с заболеванием внутренних органов.

Наиболее частым психологическим конфликтом в этих случаях оказывается возникающее в ходе болезни несоответствие между сохраняющимися или даже растущими потребностями больного и его сокращающимися возможностями.

Этот конфликт, особенно при затяжных и ведущих к инвалидности болезнях, может приобрести сложное содержание.

В результате значительно усложняются психогенные расстройства психики больного. Изменения психики при болезнях весьма многообразны. Их следует рассматривать в двух направлениях:

- общие особенности изменений и расстройств психики при болезнях внутренних органов;

- клиника психических расстройств при наиболее распространенных формах болезней.

Общие тенденции формирования и клиники расстройств психики определяются особенностями преморбидного состояния существующего до начала болезни и характером ведущей причины, их вызывающей.

**2.2 Особенности организации учебно-воспитательного процесса в школе-интернате для детей, больных сколиозом**

Анализ историко-педагогической литературы, изучение отечественного и зарубежного практического опыта показывают, что первыми образовательными учреждениями для детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата были приюты, которые были открыты в Дании и Германии в XVII-ХVIII вв. В основном в них решалась задача оздоровления названной категории детей. В ХIХ - начале ХХ века в лесных школах, детских больницах, санаториях, детских колониях в России и за рубежом стали решаться вопросы специально организованного воспитания, обучения, трудоустройства этой категории школьников. В 20-30 гг. ХХ века в некоторых странах были созданы школы-интернаты для детей с проблемами физического развития, где школьники получали общее образование, обучались ремеслу, выбор которого определялся характером заболевания [12].

В России медико-педагогические учреждения для хронически больных детей появились в конце Х1Хв. В них дети лечились, учились, осуществляли посильную трудовую деятельность. В начале ХХ века в подобных учреждениях стали решаться вопросы не только специального лечения, хорошего питания, но и эффективной организации досуга, режима дня школьников с учетом особенностей их физического и психического развития, сочетания физической ортопедии с «ортопедией личности», которая была положена в основу организации учебно-воспитательной работы. На теоретическом и практическом уровнях стали обсуждаться вопросы сочетания лечебной и учебно-воспитательной работы. Большое значение придавалось эстетическому, нравственному воспитанию школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Характерной особенностью функционирования названного типа учреждений является то, что учебно-воспитательная работа в них была предметом специального рассмотрения. Внимание ученых и практиков акцентировалось на необходимости формирования у школьников ценности познания, общественно-полезной деятельности, позволяющих в дальнейшем проявлять социальную активность, социальную позицию, которые стали считаться значимым показателем результативности учебно-воспитательного процесса школы-интерната. В то же время проблема формирования ценностных ориентаций больных сколиозом школьников в данный период не являлась предметом специального рассмотрения.

В 50 гг. ХХ века появились первые диссертационные работы по организации учебно-воспитательной работы в медико-педагогических учреждениях.

Первые специальные школы-интернаты для детей, больных сколиозом, были организованы в середине 60 гг. В основу их деятельности был положен принцип сочетания консервативного лечения больных сколиозом детей, имеющих сохранный интеллект, и их полноценного воспитания и обучения [8, с.14-15]. В исследованиях по названной проблеме рассматривались вопросы разработки оптимального режима школьников, организации внеурочной развивающей деятельности, создания в учебно-воспитательном процессе режима разгрузки позвоночника, проведения занятий лечебной физической культуры, организации досуговой деятельности и др. (В.И.Кудрицкий [26], Г.А.Покинанов [35], В.Г.Слюсаренко [37] и др.). Проблема изучения и формирования ценностных ориентаций больных сколиозом школьников не выделялась и не изучалась как самостоятельная, хотя косвенным путем она нашла отражение в исследованиях по формированию позитивных мотивов учения, развития творческих способностей, формирования позитивной самооценки больных сколиозом школьников.

В настоящее время актуализировалась проблема формирования у школьников направленности на ценности образования и самообразования, воспитания и самовоспитания, профессионального и личностного самоопределения, что требует изменения организации учебно-воспитательного процесса школы-интерната для детей, больных сколиозом.

Исследования В.В. Николаевой, Ю.М. Плюснина, М.А. Садового, В.С. Собкина и других ученых доказывают, что психолого-педагогическая система ориентаций больных сколиозом школьников отличается от системы здоровых в когнитивном, эмоциональном, поведенческом планах и требует специального изучения, поэтому необходимо выявление и научное обоснование организационно-педагогических условий формирования ценностных ориентаций больных сколиозом школьников в учебно-воспитательном процессе школы-интерната с учетом специфики его деятельности в условиях вариативной образовательной практики.

Одной из особенностей школы-интерната является то, что процессы обучения и лечения осуществляются одновременно. Приоритетность лечения приводит к нарушению целостности урока и, как следствие, - пробелам в знаниях учащихся.

На современном уровне к школе-интернату для детей, больных сколиозом, предъявляются следующие требования и определены задачи:

- Обеспечение условий для реализации учащимися обязательного минимума содержания начального образования;

- Приоритет на оказание образовательных услуг учащимся на основе учета их склонностей, личностных данных: физических, психических и интеллектуальных возможностей;

- Приоритет общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободного развития личности;

- Развитие способностей младшего школьника к общению на иностранном языке через формирование у учащихся коммуникативных умений;

- Формирование у учащихся первоначальных представлений о свойствах информации, способах работы с ней, овладение современными информационными технологиями с использованием компьютера;

- Обеспечение преемственности между дошкольным и начальным общим образованием, создание условий для непрерывного образования детей от трех до одиннадцати лет;

В учебном плане определен состав образовательных областей, уточнены учебные предметы и учебная нагрузка по каждой дисциплине. В учебном плане выделен объем (в процентах и часах) содержания национально-регионального компонента, а также объем учебного времени, отводимого на выполнение домашнего задания.

Лечебно-образовательный процесс органично сочетает лечение, обучение и воспитание детей больных сколиозом, реабилитацию детей младшего школьного возраста с проблемами в физическом развитии, что позволяет минимизировать влияние общей нагрузки на ребенка. Успешность реализации такого подхода доказывают данные о стабилизации или снижении заболеваемости у школьников, интерес и желание детей посещать школу.

Образовательный процесс выстраивается в рамках двенадцатичасового распорядка дня ребенка. В соответствии с «Гигиеническими требованиями к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях» [2], обучение детей проводится с соблюдением следующих требований:

в 1 -м классе:

- учебные занятия проводятся только в первую смену;

- 5-дневная учебная неделя;

- организация облегченного учебного дня в середине учебной недели [3];

- наибольший объем учебной нагрузки приходится на вторник;

- проведение не более 4 уроков в день;

- продолжительность уроков - не более 35 минут;

- организация динамической паузы продолжительностью не менее 40 минут после 3-го или 2-го урока (прогулка на свежем воздухе или игры в помещении);

- использование «ступенчатого» режима обучения в первом полугодии;

- организация дневного сна (до 2 часов в день), 3-разового питания и прогулки для детей (не менее 2 раз в течение дня общей продолжительностью 2,5-3,0 часа);

- обучение без домашних заданий и балльного оценивания знаний обучающихся (Положение об оценке результатов обучения и развития учащихся первых классов);

- дополнительные недельные каникулы в середине третьей четверти.

- Для предупреждения утомления и сохранения оптимального уровня работоспособности детей один раз в месяц в ОУ проводится облегченный учебный день.

Во 2-3-4 классах:

- учебные занятия проводятся в первую смену;

- 6-дневная учебная неделя;

- организация облегченных учебных дней в начале и конце учебной недели (понедельник, суббота);

- наибольший объем учебной нагрузки приходится на вторник;

- для предупреждения утомления и сохранения оптимального уровня работоспособности в течение недели обучающиеся в классах компенсирующего вида должны иметь облегченный рабочий день в середине недели (среда)

- проведение не более 5 уроков в день;

- продолжительность уроков - 40 минут

- организация в середине учебного дня динамической паузы продолжительностью не менее 40 минут;

- 3-разового питания и прогулки для детей (не менее 2 часов в день);

- безотметочное оценивание знаний обучающихся по физической культуре, изобразительному искусству, музыке по зачетной системе «зачтено»/«незачтено» [4];

- для предупреждения утомления и сохранения оптимального уровня работоспособности детей один раз в месяц в ОУ проводится облегченный учебный день. С целью профилактики утомления, нарушения осанки, зрения обучающихся на уроках проводятся физкультминутки и гимнастика для глаз (на 11-й и 20-й минутах, кроме уроков физкультуры, ритмики и т.п.)

В оздоровительных целях в учреждении создаются условия для удовлетворения биологической потребности обучающихся в движении. Эта потребность реализуется посредством ежедневной двигательной активности обучающихся в объеме не менее 2 ч. Такой объем двигательной активности слагается из комплекса мероприятий:

- Утренняя гимнастика до учебных занятий,

- Физкультминутки на уроках,

- Подвижные игры на переменах,

- Прогулки,

- Спортивные часы во второй половине дня,

- Уроки физкультуры,

- Занятий ЛФК,

- Внеклассные спортивные занятия и соревнования,

- Дни здоровья.

С этой же целью в ученический компонент учебного плана включены предметы двигательно-активного характера - ритмика и подвижные игры (согласно совместному приказу МО РФ, Минздрава РФ, Госкомстата РФ, Российской академии образования [1]). Учитывая особенности лечебно-образовательного процесса, максимальная недельная учебная нагрузка учащихся в 1 классе - 20 часов, во 2-4 классах - 25 часов, что не превышает допустимую недельную нагрузку во 2-4 классах. За счет часов школьного и ученического компонентов, реализуются индивидуально-групповые, коррекционно-двигательные, поисково-исследовательские консультации и занятия, стимулирующие компенсаторные возможности ребенка. Эти занятия не относятся к обязательной аудиторной нагрузке и могут не использоваться учащимися. Обеспечивая личностную ориентацию и учитывая особенности развития детей больных сколиозом, курсы, предложенные на выбор, способствуют развитию детей в творческом (ОТИ, ТРИЗ), в поисково-исследовательском (консультативные занятия по математике, русскому языку) и спортивном (ритмика и подвижные игры) направлениях, обеспечивая эффективность коррекционного воздействия. Для организации работы в рамках ученического компонента сформированы учебно-методические комплексы, содержание программ адаптировано для работы с детьми больных сколиозом:

- ТРИЗ: адаптивный курс «Развитие творческого мышления дошкольников и младших школьников с применением элементов теории решения изобретательских задач».

- ОТИ (Основы театрального искусства): методика развития творческого потенциала детей, рекомендована к использованию кафедрой дополнительного образования.

- Индивидуальные и групповые консультации по математике: программа «Индивидуально-групповых занятий по математике», рекомендована для использования в начальной школе.

- Ритмика: методика проведения занятий по ритмике для детей дошкольного и младшего школьного возраста больными сколиозом, рекомендована для использования врачебно-физкультурным диспансером.

- Индивидуальные и групповые консультации по русскому языку:

- Подвижные игры.

Таким образом, реализация учебного плана позволяет обеспечить стабильный и качественный уровень образования детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Глава 3. Экспериментальное исследование психологических особенностей детей и подростков, больных сколиозом**

### **3.1 Организация и методы исследования**

База исследования: санаторная школа-интернат №133 для детей, нуждающихся в длительном лечении сколиоза. В опытно-экспериментальной работе приняли участие 40 человек, в том числе 20 учащихся 2-3-х классов (8-9 лет) и 20 учащихся 8-9-х классов (14-15 лет) (по 10 мальчиков и 10 девочек в каждой группе).

Целью психологического исследования являлось изучение личностных особенностей детей, больных сколиозом.

В тестировании использовались следующие методики:

. Опросник САН [38, с.57-59].

Назначение теста: Тест предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (по первым буквам этих функциональных состояний и назван опросник).

Испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала состоит из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Испытуемый должен выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования.

Шкалы: самочувствие, активность, настроение

Тестовый материал и ключ приведены в Приложении 1.

Обработка и интерпретация результатов теста:

При обработке оценки респондентов перекодируются следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 - за 2; индекс 1 - за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов (внимание: полюса шкалы постоянно меняются).

Положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные низкие. По этим "приведенным" баллам и рассчитывается среднее арифметическое как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению. При анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. У отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. По мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

. Шкала личностной тревожности (А.М.Прихожан) [40, с.64-71].

Настоящая шкала тревожности была разработана А.М.Прихожан в 1980-1983 гг. по принципу «Шкалы социально-ситуационного страха, тревоги» О.Кондаша. Особенность шкал такого типа в том, что в них тревожность определяется по оценке человеком тревогогенности тех или иных ситуаций обыденной жизни. Достоинствами шкал такого типа является то, что, во-первых, они позволяют выделить области действительности, вызывающие тревогу, и, во-вторых, в меньшей степени зависят от умения школьников распознавать свои переживания, чувства, т.е. от развитости интроспекции и наличия определенного словаря переживаний.

Методика относится к числу бланковых, что позволяет проводить ее коллективно. Бланк содержит необходимые сведения об испытуемом, инструкцию и содержание методики. Методика разработана в двух формах. Форма А предназначена для школьников 8-12 лет, Форма Б - для учащихся 13-16 лет. Инструкция к обеим формам одинакова.

Инструкция, тестовый материал и ключ приведены в Приложении 2.

Обработка и интерпретация результатов теста:

Выделение субшкал во многом условно. Например, предложенные в ней ситуации общения можно рассматривать с позиции актуализации представлений о себе, некоторые школьные ситуации - как ситуации общения со взрослыми и т. п. Однако представленный вариант, как показывает практика, продуктивен с точки зрения задачи преодоления тревожности: он позволяет локализовать зону наибольшего напряжения и построить индивидуализированную программу работы.

. Вербальная диагностика самооценки личности [10, с.48-49].

Данный тест поможет увидеть, как дети и подростки относятся к себе, каков уровень их самооценки. Самооценка, независимо от того, лежат ли в ее основе собственные суждения человека о себе или интерпретации суждений других людей, индивидуальные идеалы или культурно заданные стандарты, всегда носит субъективный характер.

Тест состоит из 32 вопросов.

Тестовый материал и ключ приведены в Приложении 3.

Интерпретация результатов теста:

- 0-25 баллов свидетельствуют о высоком уровне самооценки, при котором человек, как правило, уверен в себе, правильно реагирует на замечания других и редко сомневается в необходимости своих действий.

- 26-45 баллов - показатель среднего уровня самооценки, человек редко страдает комплексом неполноценности, лишь время от времени старается подстроиться под мнение других людей.

- 46-128 баллов - уровень самооценки низкий, человек болезненно переносит критические замечания, не уверен в себе.

4. Экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности (Д. Рассел и М. Фергюссон) [42, с.24-25]

Методика состоит из 20 вопросов и позволяет выявить уровень социальной изолированности.

Тестовый материал приведен в Приложении 4.

Обработка результатов: подсчитывается набранная за все ответы сумма баллов. Максимально возможный показатель социальной изолированности - 60 баллов. Интерпретация:

- Высокой степени социальной изолированности соответствуют 41-60 баллов,

- средней от 21 до 40 баллов,

- низкой - от 0 до 20 баллов.

5. Дифференциальные шкалы эмоций (по К.Изарду) [14, с.226-227].

Шкалы: интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина. Назначение теста: диагностика самочувствия испытуемого. Тестовый материал приведен в Приложении 5.

Обработка результатов теста:

Подсчитываются суммы баллов по каждой строке, и эти значения проставляются в графу «сумма». Таким образом обнаруживаются доминирующие эмоции, позволяющие качественно описать самочувствие обследуемого человека в отношении к определяемому типу его характера. В этой связи полезно дополнительно сравнить результаты сложения сумм отдельных эмоций, а именно:

K = (C1 + C2 + C3 + C9 + C10) / (C4 + C5 + C6 + C7 + C8), где

K - самочувствие,, C2, C3… - эмоция под №1, №2, №3, №… соответственно.

Если показатель К больше 1, то самочувствие в целом более отвечает положительному или гипертимному (с повышенным настроением) типу акцентуации человека, Если К меньше 1 - самочувствие можно охарактеризовать как отрицательное или соответствующее дистимному (с пониженным настроением) типу акцентуации характера человека.

**3.2 Анализ результатов исследования**

После проведения тестирования по всем запланированным методикам, нами были получены следующие результаты.

Результаты опросника САН приведены в таблице 1.

Таблица 1 Показатели самочувствия активности, настроения по группам (в баллах)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Респондент | Самочувствие | Активность | Настроение | Средний балл | Общее состояние |
| 1 группа (8-9 лет) | | | | | |
| 1 | 5,1 | 5,0 | 5,1 | 5,1 | норма |
| 2 | 5,2 | 5,5 | 5,4 | 5,4 | норма |
| 3 | 4,9 | 5,7 | 5,3 | 5,3 | норма |
| 4 | 5,5 | 4,8 | 4,9 | 5,0 | норма |
| 5 | 6,0 | 5,9 | 5,5 | 5,8 | неблагоприятное |
| 6 | 5,7 | 5,5 | 5,7 | 5,6 | неблагоприятное |
| 7 | 5,6 | 5,7 | 5,1 | 5,5 | норма |
| 8 | 5,9 | 5,1 | 5,0 | 5,3 | норма |
| 9 | 6,2 | 5,4 | 5,3 | 5,6 | неблагоприятное |
| 10 | 6,0 | 5,7 | 5,6 | 5,8 | неблагоприятное |
| 11 | 5,1 | 5,0 | 5,1 | 5,1 | норма |
| 12 | 5,2 | 5,5 | 5,4 | 5,4 | норма |
| 13 | 4,9 | 5,7 | 5,3 | 5,3 | норма |
| 14 | 5,5 | 4,8 | 4,9 | 5,0 | норма |
| 15 | 6,0 | 5,9 | 5,5 | 5,8 | неблагоприятное |
| 16 | 5,7 | 5,5 | 5,7 | 5,6 | неблагоприятное |
| 17 | 5,6 | 5,7 | 5,1 | 5,5 | норма |
| 18 | 5,9 | 5,1 | 5,0 | 5,3 | норма |
| 19 | 6,2 | 5,4 | 5,3 | 5,6 | неблагоприятное |
| 20 | 6,0 | 5,7 | 5,6 | 5,8 | неблагоприятное |
| Итог (ср.) | 5,6 | 5,4 | 5,3 | 5,4 | норма |
| 2 группа (14-15 лет) | | | | | |
| 1 | 3,7 | 4,7 | 4,5 | 4,3 | неблагоприятное |
| 2 | 3,9 | 5,1 | 3,5 | 4,1 | неблагоприятное |
| 3 | 4,0 | 3,7 | 5,1 | 4,2 | неблагоприятное |
| 4 | 5,6 | 5,7 | 5,1 | 5,5 | норма |
| 5 | 3,7 | 3,9 | 3,6 | 3,7 | неблагоприятное |
| 6 | 4,1 | 4,0 | 4,3 | 4,1 | неблагоприятное |
| 7 | 3,8 | 4,5 | 3,4 | 3,9 | неблагоприятное |
| 8 | 4,9 | 5,7 | 5,3 | 5,3 | норма |
| 9 | 3,2 | 5,1 | 4,9 | 4,4 | неблагоприятное |
| 10 | 5,5 | 4,8 | 4,9 | 5,0 | норма |
| 11 | 3,7 | 4,7 | 4,5 | 4,3 | неблагоприятное |
| 12 | 3,9 | 5,1 | 3,5 | 4,1 | неблагоприятное |
| 13 | 4,0 | 3,7 | 5,1 | 4,2 | неблагоприятное |
| 14 | 4,2 | 3,3 | 3,4 | 3,6 | неблагоприятное |
| 15 | 3,7 | 3,9 | 3,6 | 3,7 | неблагоприятное |
| 16 | 4,9 | 5,7 | 5,3 | 5,3 | норма |
| 17 | 3,8 | 4,5 | 3,4 | 3,9 | неблагоприятное |
| 18 | 3,7 | 3,5 | 5,0 | 4,0 | неблагоприятное |
| 19 | 3,2 | 5,1 | 4,9 | 4,4 | неблагоприятное |
| 20 | 5,2 | 5,5 | 5,4 | 5,4 | норма |
| Итог (ср.) | 3,8 | 4,1 | 4,1 | 4,0 | неблагоприятное |

Графически результаты приведены на рисунке 3.



Рис. 3. Результаты диагностики самочувствия, активности и настроения

Как мы можем увидеть из таблицы 1 и рисунка 3, во второй группе (14-15 лет) общее состояние ниже, чем в первой группе. В группе младших школьников у 12 детей отмечено нормальное состояние, у 8 - неблагоприятное. В группе старших школьников неблагоприятное состояние отмечено у 15 человек и только у 5 человек - нормальное. Следовательно, можно сделать вывод, что у детей, больных сколиозом, младшего возраста общее состояние лучше, чем у детей старшей группы (14-15 лет).

Результаты диагностики по шкале личностной тревожности представлены в таблице 2.

Таблица 2 Результаты по шкале личностной тревожности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Респондент | Школьная | Самооценочная | Межличностная | Магическая | Общая |
| 1 группа (8-9 лет) | | | | | |
| 1 | норма | норма | норма | высокая | норма |
| 2 | норма | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 3 | высокая | норма | высокая | высокая | высокая |
| 4 | норма | норма | высокая | высокая | норма |
| 5 | высокая | высокая | норма | высокая | высокая |
| 6 | норма | норма | высокая | норма | норма |
| 7 | норма | норма | норма | высокая | норма |
| 8 | норма | норма | норма | норма | норма |
| 9 | высокая | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 10 | норма | высокая | норма | высокая | высокая |
| 11 | норма | норма | высокая | высокая | норма |
| 12 | высокая | норма | высокая | высокая | высокая |
| 13 | норма | норма | норма | норма | норма |
| 14 | высокая | высокая | норма | высокая | высокая |
| 15 | высокая | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 16 | высокая | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 17 | норма | норма | норма | норма | норма |
| 18 | норма | норма | норма | норма | норма |
| 19 | высокая | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 20 | норма | высокая | норма | высокая | норма |
| Итог (ср.) | норма | норма | норма | норма | норма |
| 2 группа (14-15 лет) | | | | | |
| 1 | норма | высокая | норма | высокая | высокая |
| 2 | норма | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 3 | высокая | высокая | высокая | норма | высокая |
| 4 | норма | норма | высокая | норма | норма |
| 5 | высокая | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 6 | норма | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 7 | норма | норма | норма | норма | норма |
| 8 | норма | норма | высокая | норма | норма |
| 9 | высокая | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 10 | норма | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 11 | норма | норма | высокая | норма | норма |
| 12 | норма | высокая | высокая | норма | высокая |
| 13 | норма | норма | норма | норма | норма |
| 14 | высокая | высокая | норма | высокая | высокая |
| 15 | норма | норма | высокая | высокая | высокая |
| 16 | высокая | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 17 | норма | высокая | высокая | норма | высокая |
| 18 | норма | норма | норма | норма | норма |
| 19 | высокая | высокая | высокая | высокая | высокая |
| 20 | норма | высокая | норма | высокая | высокая |
| Итог (ср.) | норма | высокая | высокая | норма | норма |

Графически результаты диагностики тревожности представлены на рисунках 4 и 5.



Рис. 4. Результаты диагностики по шкале тревожности детей 1 группы (8-9 лет)

Из рисунка 4 наглядно видно, что наибольшие результаты получены по магической тревожности: у 15 человек отмечена высокая и у 5 - в норме. Также по группе отмечается высокая школьная тревожность. По остальным видм тревожности группа разделилась почти пополам:

Самооценочная тревожность:

- высокая - у 9 человек:

- норма - у 11 человек;

Межличностная тревожность:

- высокая - у 10 человек:

- норма - у 10 человек;

Общая тревожность:

- высокая - у 10 человек:

- норма - у 10 человек;

Таким образом, в целом по группе можно сказать, что уровень тревожности несколько повышен, так как в норме уровень тревожности может быть отмечен не более, чем у 15-20%.



Рис. 5. Результаты диагностики по шкале тревожности детей 2 группы (14-15 лет)

В отличие от младшей группы (8-9 лет) в данной совсем другая ситуация. Школьная тревожность - это единственная шкала, по которой у 14 человек отмечена нормальное состояние (в противоположность от детей 1 группы). По остальным шкалам наблюдается повышенная тревожность, особенно это характерно для самооценочной и межличностной шкал, по которым высокий уровень отмечается у 13 и 14 человек соответственно. По общей шкале ситуация следующая:

- высокая тревожность - у 14 человек;

- нормальный уровень - только у 6 человек.

Таким образом, диагностика по данной методике показала, что для детей разных возрастных групп характерны различные проявления тревожности.

Для 1 группы (8-9 лет) наибольшая тревожность отмечена по магической и школьной шкале, для 2 группы (14-15 лет) - набольшие результаты тревожности отмечены по всем шкалам, кроме школьной.

Следовательно, можно сделать вывод, что для 2 группы (14-15 лет) характерен больший уровень тревожности, чем для детей 1 группы (8-9 лет).

Результаты диагностики самооценки личности представлены в таблице 3.

Таблица 3 Результаты диагностики самооценки

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 группа (8-9 лет) | | | 2 группа (14-15 лет) | | |
| Респондент | Баллы | Уровень самооценки | Респондент | Баллы | Уровень самооценки |
| 1 | 24 | высокий | 1 | 38 | средний |
| 2 | 29 | средний | 2 | 64 | низкий |
| 3 | 98 | низкий | 3 | 92 | низкий |
| 4 | 25 | высокий | 4 | 21 | высокий |
| 5 | 29 | средний | 5 | 87 | низкий |
| 6 | 38 | средний | 6 | 102 | низкий |
| 7 | 62 | низкий | 7 | 34 | средний |
| 8 | 25 | высокий | 8 | 77 | низкий |
| 9 | 18 | высокий | 9 | 16 | высокий |
| 10 | 33 | средний | 10 | 64 | низкий |
| 11 | 38 | средний | 11 | 89 | низкий |
| 12 | 21 | высокий | 12 | 112 | низкий |
| 13 | 89 | низкий | 13 | 67 | низкий |
| 14 | 31 | средний | 14 | 56 | низкий |
| 15 | 14 | высокий | 15 | 34 | средний |
| 16 | 114 | низкий | 16 | 11 | высокий |
| 17 | 29 | средний | 17 | 97 | низкий |
| 18 | 55 | низкий | 18 | 69 | низкий |
| 19 | 50 | низкий | 19 | 56 | низкий |
| 20 | 18 | высокий | 20 | 33 | средний |
| Итог (ср.) | 42,0 | средний | Итог (ср.) | 60,95 | низкий |

Графически результаты представлены на рисунке 6.



Рис. 6. Результаты диагностики самооценки

Как мы можем увидеть из таблицы 3 и рисунка 6, диагностика уровня самооценки в разных группах показала совершенно различные результаты.

группа (8-9 лет):

- высокий уровень самооценки - 7 человек;

- средний - 7 человек;

- низкий - 7 человек.

Таким образом, можно сказать, что 1 группа (8-9 лет) разделилась на почти равные части. В среднем по группе отмечается средний уровень самооценки.

группа (14-15 лет):

- высокий уровень самооценки - 3 человека;

- средний - 4 человека;

- низкий - 13 человек.

В целом по группе отмечается низкий уровень самооценки. Следовательно, дети данной группы болезненно переносят критические замечания, не уверены в себе. Результаты диагностики уровня социальной изолированности представлены в таблице 4.

Таблица 4 Результаты диагностики уровня изолированности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 группа (8-9 лет) | | | 2 группа (14-15 лет) | | |
| Респондент | Баллы | Уровень изолированности | Респондент | Баллы | Уровень изолированности |
| 1 | 15 | низкий | 1 | 52 | высокий |
| 2 | 9 | низкий | 2 | 51 | высокий |
| 3 | 19 | низкий | 3 | 15 | низкий |
| 4 | 28 | средний | 4 | 49 | высокий |
| 5 | 47 | высокий | 5 | 48 | высокий |
| 6 | 24 | средний | 6 | 54 | высокий |
| 7 | 11 | низкий | 7 | 11 | низкий |
| 8 | 9 | низкий | 8 | 49 | высокий |
| 9 | 27 | средний | 9 | 48 | высокий |
| 10 | 44 | высокий | 10 | 55 | высокий |
| 11 | 42 | высокий | 11 | 8 | низкий |
| 12 | 14 | низкий | 12 | 44 | высокий |
| 13 | 19 | низкий | 13 | 58 | высокий |
| 14 | 15 | низкий | 14 | 51 | высокий |
| 15 | 43 | высокий | 15 | 46 | высокий |
| 16 | 19 | низкий | 16 | 16 | низкий |
| 17 | 28 | средний | 17 | 47 | высокий |
| 18 | 10 | низкий | 18 | 47 | высокий |
| 19 | 27 | средний | 19 | 29 | средний |
| 20 | 51 | высокий | 20 | 57 | высокий |
| Итог (ср.) | 25,05 | средний | Итог (ср.) | 41,25 | высокий |

Графически данные приведены на рисунке 7.

Из таблицы 4 и рисунка 7 видно, что если для 1 группы (8-9 лет) характерен средний уровень социальной изолированности, то для 2 группы (14-15 лет) характерна высокая степень социальной изолированности.



Рис. 7. Диагностика степени социальной изолированности

Результаты распределились следующим образом:

группа (8-9 лет):

- низкая степень социальной изолированности - 10 человек;

- средняя степень - 5 человек;

- высокая степень - 5 человек.

2 группа (14-15 лет)

- низкая степень социальной изолированности - 4 человека;

- средняя степень - 1 человек;

- высокая степень - 15 человек.

Следовательно, можно сделать вывод, что с возрастом изменяется социальная изолированность, то есть, чем старше становится ребенок, больной сколиозом, тем большая изолированность от общества ему характерна. Результаты диагностики эмоционального самочувствия приведены в таблицах 5 и 6.

Таблица 5 Результаты диагностики эмоционального состояния 1 группы (8-9 лет)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Респондент | Эмоции | | | | | | | | | | Общее состояние |
|  | Интерес | Радость | Удивление | Горе | Гнев | Отвращение | Презрение | Страх | Стыд | Вина |  |
| 1 | + | + | + |  |  | + | + | + |  | + | положительное |
| 2 |  | + | + | + |  |  |  |  | + |  | положительное |
| 3 | + |  | + |  |  | + |  |  | + |  | положительное |
| 4 | + | + |  | + | + |  | + | + |  |  | отрицательное |
| 5 | + |  |  | + |  | + |  | + |  |  | отрицательное |
| 6 |  | + | + |  |  |  |  |  | + |  | положительное |
| 7 | + |  |  | + |  | + |  | + |  |  | отрицательное |
| 8 |  | + |  |  | + |  |  |  | + | + | отрицательное |
| 9 |  |  |  | + |  | + |  | + |  |  | положительное |
| 10 | + |  | + | + |  |  |  |  | + |  | положительное |
| 11 |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | отрицательное |
| 12 | + | + | + |  | + |  |  |  | + | + | положительное |
| 13 |  | + |  | + |  | + |  |  |  |  | отрицательное |
| 14 | + |  | + |  | + |  |  |  | + | + | положительное |
| 15 | + | + |  |  |  | + |  |  |  | + | положительное |
| 16 |  | + |  | + |  |  |  |  | + |  | положительное |
| 17 |  |  | + |  | + | + | + |  |  |  | отрицательное |
| 18 | + |  | + |  |  |  |  |  |  | + | положительное |
| 19 |  | + |  |  | + |  |  |  | + |  | положительное |
| 20 | + |  |  |  | + |  |  |  | + | + | положительное |
| Итог (ср.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | положительное |

Примечание: «+» отмечены доминирующие эмоции.

Таблица 6 Результаты диагностики эмоционального состояния 2 группы (14-15 лет)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Респондент | Эмоции | | | | | | | | | | Общее состояние |
|  | Интерес | Радость | Удивление | Горе | Гнев | Отвращение | Презрение | Страх | Стыд | Вина |  |
| 1 | + | + |  | + | + |  | + | + |  |  | отрицательное |
| 2 | + |  |  | + |  | + |  | + |  |  | отрицательное |
| 3 |  | + | + |  |  |  |  |  | + |  | положительное |
| 4 | + |  |  | + |  | + |  | + |  |  | отрицательное |
| 5 |  | + |  |  | + |  |  |  | + | + | отрицательное |
| 6 |  |  |  | + |  | + |  | + |  |  | положительное |
| 7 |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | отрицательное |
| 8 | + | + | + |  | + |  |  |  | + | + | положительное |
| 9 |  | + |  | + |  | + |  |  |  |  | отрицательное |
| 10 | + | + |  |  |  | + |  |  |  | + | положительное |
| 11 |  | + |  | + |  |  |  |  | + |  | положительное |
| 12 |  |  | + |  | + | + | + |  |  |  | отрицательное |
| 13 | + | + |  | + | + |  | + | + |  |  | отрицательное |
| 14 | + |  |  | + |  | + |  | + |  |  | отрицательное |
| 15 |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | отрицательное |
| 16 | + |  |  | + |  | + |  | + |  |  | отрицательное |
| 17 |  | + |  |  | + |  |  |  | + | + | отрицательное |
| 18 |  |  |  | + |  | + |  | + |  |  | положительное |
| 19 |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | отрицательное |
| 20 |  | + |  | + |  | + |  | + |  |  | отрицательное |
| Итог (ср.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | отрицательное |

Примечание: «+» отмечены доминирующие эмоции.

Графически результаты приведены на рисунке 8.



Рис. 8. Результаты диагностики эмоционального состояния

Из таблиц и рисунка 8 можно увидеть, что для разных возрастных групп характерны разные эмоциональные состояния:

1 группа (8-9 лет):

- положительное эмоциональное состояние - 13 человек;

- отрицательное - 7 человек.

2 группа (14-15 лет):

- положительное эмоциональное состояние - 6 человек;

- отрицательное - 14 человек.

Таким образом, проведенное исследование позволяет утверждать, что для детей 2 группы (14-15 лет) характерно отрицательное эмоциональное состояние, для детей 1 группы (8-9 лет) - положительное.

Результаты диагностики по всем методикам показали, что, чем старше ребенок, больной сколиозом, тем больше психологических и психических проблем у него возникает. Исследованная группа детей младшего школьного возраста (8-9 лет) показала нормальное общее состояние, более низкий уровень тревожности, средний уровень самооценки, средний уровень социальной изолированности, положительное эмоциональное состояние. Для группы старших школьников (14-15 лет) характерна совершенно противоположная ситуация: неблагоприятное общее состояние, высокий уровень тревожности, высокий уровень социальной изолированности, низкий уровень самооценки и отрицательное эмоциональное состояние.

Для того, чтобы доказать, что показатели детей 1 группы (8-9 лет) и показатели детей 2 группы (14-15 лет) статистически различны, проведен обработку полученных данных с использованием U-критерия Манна - Уитни. Он определяет, насколько велика зона совпадения между двумя рядами значений. Чем меньше значение U эмп., тем более вероятно, что различия достоверны. Для преобразования полученных результатов в числовые значения, мы преобразовали результаты шкал и типов и по каждому учащемуся выявили общее количество баллов.

*Подсчет U - критерия Манна - Уитни для определения значимости и достоверности полученных результатов общего состоянии (методика САН).* Занесем полученные данные в таблицу 7.

Таблица 7 Ранжирование баллов по методике САН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 группа (8-9 лет) | | 2 группа (14-15 лет) | |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 1 | 32 | 1 | 32 |
| 1 | 32 | 1 | 32 |
| 1 | 32 | 1 | 32 |
| 1 | 32 | 1 | 32 |
| 1 | 32 | 1 | 32 |
| 1 | 32 | 0 | 12 |
| 1 | 32 | 0 | 12 |
| 1 | 32 | 0 | 12 |
| 1 | 32 | 0 | 12 |
| 1 | 32 | 0 | 12 |
| 1 | 32 | 0 | 12 |
| 1 | 32 | 0 | 12 |
| 0 | 12 | 0 | 12 |
| 0 | 12 | 0 | 12 |
| 0 | 12 | 0 | 12 |
| 0 | 12 | 0 | 12 |
| 0 | 12 | 0 | 12 |
| 0 | 12 | 0 | 12 |
| 0 | 12 | 0 | 12 |
| 0 | 12 | 0 | 12 |
| ∑ | 480 | ∑ | 340 |

1 - показатель нормы

- показатель неблагополучного состояния

Общая сумма рангов: 480 + 340 = 820.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле

∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где

Ń - общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 40 ٠ (40 + 1) / 2 = 820

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 - T, ãäå

n - êîëè÷åñòâî èñïûòóåìûõ â êàæäîé âûáîðêå;- áîëüøàÿ èç äâóõ ðàíãîâûõ ñóìì.ýìï. = (20 ٠20) + 20٠ (20 + 1) / 2 - 480 = 130

Ïî òàáëèöàì íàéäåì êðèòè÷åñêîå çíà÷åíèå äëÿ n.êð. = 138 (ð≤0,05) U êð. = 114 (ð≤0,01)ýìï. = 130, ïîýòîìó ìîæíî ãîâîðèòü î òîì, ÷òî îáùåå ñîñòîÿíèå äåòåé 1 ãðóïïû (8-9 ëåò) ïðåâûøàåò óðîâåíü îáùåãî ñîñòîÿíèÿ äåòåé 2 ãðóïïû (14-15 ëåò), òàê êàê U ýìï.< U êð.

*Ïîäñ÷åò U - êðèòåðèÿ Ìàííà - Óèòíè äëÿ îïðåäåëåíèÿ çíà÷èìîñòè è äîñòîâåðíîñòè ïîëó÷åííûõ ðåçóëüòàòîâ îáùåé òðåâîæíîñòè.*

Çàíåñåì ïîëó÷åííûå äàííûå â òàáëèöó 8.

Òàáëèöà 8 Ðàíæèðîâàíèå áàëëîâ ïî ìåòîäèêå îïðåäåëåíèÿ òðåâîæíîñòè

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 ãðóïïà (8-9 ëåò) | | 2 ãðóïïà (14-15 ëåò) | |
| Ïîêàçàòåëü óðîâíÿ | Ðàíã | Ïîêàçàòåëü óðîâíÿ | Ðàíã |
| 1 | 32,5 | 1 | 32,5 |
| 1 | 32,5 | 1 | 32,5 |
| 1 | 32,5 | 1 | 32,5 |
| 1 | 32,5 | 1 | 32,5 |
| 1 | 32,5 | 1 | 32,5 |
| 1 | 32,5 | 1 | 32,5 |
| 1 | 32,5 | 0 | 12,5 |
| 1 | 32,5 | 0 | 12,5 |
| 1 | 32,5 | 0 | 12,5 |
| 1 | 32,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| 0 | 12,5 | 0 | 12,5 |
| ∑ | 450 | ∑ | 370 |

1 - ïîêàçàòåëü íîðìû

- ïîêàçàòåëü âûñîêîé òðåâîæíîñòè

Îáùàÿ ñóììà ðàíãîâ: 450 + 370 = 820.

Ïðîâåðèì, ñîâïàäàåò ëè îáùåå êîëè÷åñòâî ðàíæèðóåìûõ çíà÷åíèé ñ ðàñ÷åòíûì ïî ôîðìóëå

∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, ãäå

Ń - îáùåå êîëè÷åñòâî ðàíæèðóåìûõ íàáëþäåíèé;

Ŕ - îáùàÿ ñóììà ðàíãîâ.

∑ (Ŕ) = 40 ٠ (40 + 1) / 2 = 820

Ñóììà ðàíãîâ ñîâïàëà ñ ðàñ÷åòíîé, çíà÷èò ïîêàçàòåëè ïðîðàíæèðîâàííû âåðíî.

Âû÷èñëèì ýìïèðè÷åñêóþ âåëè÷èíó U ïî ôîðìóëå:

U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 - T, ãäå

n - êîëè÷åñòâî èñïûòóåìûõ â êàæäîé âûáîðêå;- áîëüøàÿ èç äâóõ ðàíãîâûõ ñóìì.ýìï. = (20 ٠20) + 20٠ (20 + 1) / 2 - 480 = 160

Ïî òàáëèöàì íàéäåì êðèòè÷åñêîå çíà÷åíèå äëÿ n.êð. = 138 (ð≤0,05) U êð. = 114 (ð≤0,01)ýìï. = 160, ïîýòîìó ìû íå ìîæåì ãîâîðèòü î òîì, ÷òî îáùàÿ òðåâîæíîñòü äåòåé 2 ãðóïïû (14-15 ëåò) ïðåâûøàåò óðîâåíü îáùåé òðåâîæíîñòè äåòåé 1 ãðóïïû (8-9 ëåò), òàê êàê U ýìï.> U êð.

*Ïîäñ÷åò U - êðèòåðèÿ Ìàííà - Óèòíè äëÿ îïðåäåëåíèÿ çíà÷èìîñòè è äîñòîâåðíîñòè ïîëó÷åííûõ ðåçóëüòàòîâ ñàìîîöåíêè.*

Çàíåñåì ïîëó÷åííûå äàííûå â òàáëèöó 9.

Òàáëèöà 9 Ðàíæèðîâàíèå áàëëîâ ñàìîîöåíêè

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 ãðóïïà (8-9 ëåò) | | 2 ãðóïïà (14-15 ëåò) | |
| Ïîêàçàòåëü óðîâíÿ | Ðàíã | Ïîêàçàòåëü óðîâíÿ | Ðàíã |
| 114 | 40 | 112 | 39 |
| 98 | 37 | 102 | 38 |
| 89 | 33,5 | 97 | 36 |
| 62 | 26 | 92 | 35 |
| 55 | 23 | 89 | 33,5 |
| 50 | 22 | 87 | 32 |
| 38 | 20 | 77 | 31 |
| 38 | 20 | 69 | 30 |
| 33 | 15,5 | 67 | 29 |
| 31 | 14 | 64 | 27,5 |
| 29 | 12 | 64 | 27,5 |
| 29 | 12 | 56 | 24,5 |
| 29 | 12 | 56 | 24,5 |
| 25 | 9,5 | 38 | 20 |
| 25 | 9,5 | 34 | 17,5 |
| 24 | 8 | 34 | 17,5 |
| 21 | 6,5 | 33 | 15,5 |
| 18 | 4,5 | 21 | 6,5 |
| 18 | 4,5 | 16 | 3 |
| 14 | 2 | 11 | 1 |
| ∑ | 331,5 | ∑ | 488,5 |

Îáùàÿ ñóììà ðàíãîâ: 331,5 + 488,5 = 820.

Ïðîâåðèì, ñîâïàäàåò ëè îáùåå êîëè÷åñòâî ðàíæèðóåìûõ çíà÷åíèé ñ ðàñ÷åòíûì ïî ôîðìóëå

∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, ãäå

Ń - îáùåå êîëè÷åñòâî ðàíæèðóåìûõ íàáëþäåíèé; Ŕ - îáùàÿ ñóììà ðàíãîâ. ∑ (Ŕ) = 40 ٠ (40 + 1) / 2 = 820

Ñóììà ðàíãîâ ñîâïàëà ñ ðàñ÷åòíîé, çíà÷èò ïîêàçàòåëè ïðîðàíæèðîâàííû âåðíî.

Âû÷èñëèì ýìïèðè÷åñêóþ âåëè÷èíó U ïî ôîðìóëå:

U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 - T, ãäå

n - êîëè÷åñòâî èñïûòóåìûõ â êàæäîé âûáîðêå;- áîëüøàÿ èç äâóõ ðàíãîâûõ ñóìì.ýìï. = (20 ٠20) + 20٠ (20 + 1) / 2 - 488,5 = 131,5

Ïî òàáëèöàì íàéäåì êðèòè÷åñêîå çíà÷åíèå äëÿ n.êð. = 138 (ð≤0,05) U êð. = 114 (ð≤0,01)ýìï. = 131,5, ïîýòîìó ìû ìîæåì ãîâîðèòü î òîì, ÷òî ñàìîîöåíêà äåòåé 1 ãðóïïû (8-9 ëåò) ïðåâûøàåò óðîâåíü ñàìîîöåíêè äåòåé 2 ãðóïïû (14-15 ëåò), òàê êàê U ýìï.< U êð.

*Ïîäñ÷åò U - êðèòåðèÿ Ìàííà - Óèòíè äëÿ îïðåäåëåíèÿ çíà÷èìîñòè è äîñòîâåðíîñòè ïîëó÷åííûõ ðåçóëüòàòîâ óðîâíÿ ñîöèàëüíîé èçîëèðîâàííîñòè.*

Çàíåñåì ïîëó÷åííûå äàííûå â òàáëèöó 10.

Òàáëèöà 10 Ðàíæèðîâàíèå áàëëîâ ñîöèàëüíîé èçîëèðîâàííîñòè

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 ãðóïïà (8-9 ëåò) | | 2 ãðóïïà (14-15 ëåò) | |
| Ïîêàçàòåëü óðîâíÿ | Ðàíã | Ïîêàçàòåëü óðîâíÿ | Ðàíã |
| 51 | 34 | 58 | 40 |
| 47 | 27 | 57 | 39 |
| 44 | 23,5 | 55 | 38 |
| 43 | 22 | 54 | 37 |
| 42 | 21 | 52 | 36 |
| 28 | 18,5 | 51 | 34 |
| 28 | 18,5 | 51 | 34 |
| 27 | 16,5 | 49 | 31,5 |
| 27 | 16,5 | 49 | 31,5 |
| 24 | 15 | 48 | 29,5 |
| 19 | 13 | 48 | 29,5 |
| 19 | 13 | 47 | 27 |
| 19 | 13 | 47 | 27 |
| 15 | 9 | 46 | 25 |
| 15 | 9 | 44 | 23,5 |
| 14 | 7 | 29 | 30 |
| 11 | 5,5 | 16 | 11 |
| 10 | 4 | 15 | 9 |
| 9 | 2,5 | 11 | 5,5 |
| 9 | 2,5 | 8 | 1 |
| ∑ | 291 | ∑ | 539 |

Îáùàÿ ñóììà ðàíãîâ: 291 + 539 = 820.

Ïðîâåðèì, ñîâïàäàåò ëè îáùåå êîëè÷åñòâî ðàíæèðóåìûõ çíà÷åíèé ñ ðàñ÷åòíûì ïî ôîðìóëå

∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, ãäå

Ń - îáùåå êîëè÷åñòâî ðàíæèðóåìûõ íàáëþäåíèé;

Ŕ - îáùàÿ ñóììà ðàíãîâ.

∑ (Ŕ) = 40 ٠ (40 + 1) / 2 = 820

Ñóììà ðàíãîâ ñîâïàëà ñ ðàñ÷åòíîé, çíà÷èò ïîêàçàòåëè ïðîðàíæèðîâàííû âåðíî. Âû÷èñëèì ýìïèðè÷åñêóþ âåëè÷èíó U ïî ôîðìóëå:

U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 - T, ãäå

n - êîëè÷åñòâî èñïûòóåìûõ â êàæäîé âûáîðêå;- áîëüøàÿ èç äâóõ ðàíãîâûõ ñóìì.ýìï. = (20 ٠20) + 20٠ (20 + 1) / 2 - 539 = 101

Ïî òàáëèöàì íàéäåì êðèòè÷åñêîå çíà÷åíèå äëÿ n.êð. = 138 (ð≤0,05) U êð. = 114 (ð≤0,01)ýìï. = 101, ïîýòîìó ìû ìîæåì ãîâîðèòü î òîì, ÷òî ñòåïåíü ñîöèàëüíîé èçîëèðîâàííîñòè äåòåé 2 ãðóïïû (14-15 ëåò) çíà÷èòåëüíî ïðåâûøàåò ñòåïåíü ñîöèàëüíîé èçîëèðîâàííîñòè äåòåé 1 ãðóïïû (8-9 ëåò), òàê êàê U ýìï.< U êð.

Òàêèì îáðàçîì, îáðàáîòêà ïîëó÷åííûõ ðåçóëüòàòîâ ñ èñïîëüçîâàíèåì U - êðèòåðèÿ Ìàííà - Óèòíè ïîêàçàëà, ÷òî ïñèõîëîãè÷åñêèå îñîáåííîñòè ñòàðøèõ øêîëüíèêîâ (14-15 ëåò) ñî ñêîëèîçîì, çíà÷èòåëüíî îòëè÷àþòñÿ îò îñîáåííîñòåé ìëàäøèõ øêîëüíèêîâ (8-9 ëåò). Äëÿ äåòåé ñòàðøåé âîçðàñòíîé ãðóïïû õàðàêòåðíî íåáëàãîïðèÿòíîå ñîñòîÿíèå ïñèõèêè, ïîýòîìó ñ íèìè íåîáõîäèìî ïðîâîäèòü êîððåêöèîííóþ ðàáîòó. Òàêæå êîððåêöèîííàÿ ðàáîòà ïîêàçàíà è äëÿ äåòåé ìëàäøåé âîçðàñòíîé ãðóïïû (8-9 ëåò), ÷òîáû çàðàíåå ñêîððåêòèðîâàòü âîçìîæíûå íåáëàãîïðèÿòíûå ïîñëåäñòâèÿ.

### **3.3 Ðåêîìåíäàöèè ïî ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêîé ïîääåðæêå è êîððåêöèè äåòåé, áîëüíûõ ñêîëèîçîì â óñëîâèÿõ øêîëû-èíòåðíàòà**

Ïðîáëåìà êîìïåíñàöèè è âîññòàíîâëåíèÿ ôóíêöèé îðãàíèçìà ÿâëÿåòñÿ îäíîé èç àêòóàëüíûõ áèîëîãè÷åñêèõ, ïñèõîëîãè÷åñêèõ è ñîöèàëüíûõ ïðîáëåì, îò ñâîåâðåìåííîãî è ïðàâèëüíîãî ðåøåíèÿ êîòîðûõ çàâèñèò âîññòàíîâëåíèå ëè÷íîãî è ñîöèàëüíîãî ñòàòóñà áîëüíûõ, â ÷àñòíîñòè, ñ îñëîæíåííûìè ïîâðåæäåíèÿìè ïîçâîíî÷íèêà è ñïèííîãî ìîçãà.

Èçó÷åíèå êîìïåíñàòîðíî-ïðèñïîñîáèòåëüíûõ ïðîöåññîâ, íàáëþäàåìûõ ïðè ðàçëè÷íûõ çàáîëåâàíèÿõ, äàëî âîçìîæíîñòü âûäåëèòü äâà èõ âèäà:

- îäíè âñòðå÷àþòñÿ ïðè âñåõ çàáîëåâàíèÿõ è íå çàâèñÿò îò ñïåöèôè÷åñêèõ îñîáåííîñòåé, âûçûâàþùèõ èõ ÷ðåçâû÷àéíûõ ðàçäðàæèòåëåé,

- äðóãèå - òåñíî ñâÿçàíû ñ îñîáåííîñòÿìè è õàðàêòåðîì ðàçäðàæèòåëåé (îáùèå íåñïåöèôè÷åñêèå è ÷àñòíûå ñïåöèôè÷åñêèå ïðèñïîñîáèòåëüíûå ðåàêöèè îðãàíèçìà).

Êëèíè÷åñêèå âàðèàíòû ïðîàíàëèçèðîâàíû â ðàáîòàõ Þ.À.Àëåêñàíäðîâñêîãî (1976): ïîäòâåðæäàåòñÿ ïðåäïîëîæåíèå î ñóùåñòâîâàíèè 2 ðàçëè÷íûõ ñîñòîÿíèé ïñèõè÷åñêîé àäàïòàöèè è äåçàäàïòàöèè (îñëàáëåíèå ôóíêöèîíàëüíîé àêòèâíîñòè ñèñòåìû ïñèõè÷åñêîé àäàïòàöèè; èçâðàùåíèå èëè ïîðàæåíèå äåÿòåëüíîñòè). Îäíàêî òàêîå ðàçäåëåíèå âîçìîæíûõ ïðîÿâëåíèé ïñèõè÷åñêîé äåçàäàïòàöèè íîñèò îáîáùåííûé õàðàêòåð. Ñ ïîçèöèé æå ñîöèàëüíîé ñóùíîñòè àäàïòàöèè è çäîðîâüÿ ÷åëîâåêà ïðàâîìåðíî âûäåëåíèå â ðàìêàõ ôóíêöèîíàëüíîãî äèàãíîçà ñòåïåíè ïñèõîñîöèëüíîé äåçàäàïòàöèè.

Ðàññìàòðèâàÿ êîíöåïöèþ Ã.Ñåëüå (1974) î «ñòðåññå» è «äèñòðåññå» â êëèíè÷åñêèõ, ïñèõîëîãè÷åñêèõ è ñîöèàëüíûõ àñïåêòàõ, ìîæíî ïðåäïîëîæèòü â êëèíèêå ñêîëèîçà íàëè÷èå, êðîìå áèîëîãè÷åñêèõ, òàêæå îáùèõ íåñïåöèôè÷åñêèõ è ÷àñòíûõ ñïåöèôè÷åñêèõ ëè÷íîñòíûõ ïñèõîëîãè÷åñêèõ è ñîöèàëüíûõ ïðèñïîñîáèòåëüíûõ ðåàêöèé, èçó÷åííûõ â íàñòîÿùåå âðåìÿ ëèøü â îáùèõ ÷åðòàõ, ÷òî ñóùåñòâåííî âëèÿåò íà ñòåïåíü ðåàáèëèòàöèè áîëüíûõ.

Ñî ññûëêîé íà áèîëîãè÷åñêèå îñíîâû èíäèâèäóàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêèõ ðàçëè÷èé ïðîãðàììû ðåàáèëèòàöèîííûõ ìåðîïðèÿòèé â ïñèõîëîãè÷åñêèõ è ñîöèàëüíûõ àñïåêòàõ öåëåñîîáðàçíî ðåøàòü óæå íà ðàííèõ ýòàïàõ òðàâìû èëè çàáîëåâàíèÿ. Â êðóã ðåøàåìûõ çàäà÷ âêëþ÷àþòñÿ:

- ñîîòíåñåíèå áèîëîãè÷åñêîé îðãàíèçàöèè áîëüíîãî ñ îñîáåííîñòÿìè åãî ïñèõîäèíàìèêè (ðàçâèòèå ðåàêöèé ëè÷íîñòè íà çàáîëåâàíèå, èñõîäÿ èç ïîíÿòèé îá àêöåíòóàöèÿõ õàðàêòåðà);

- îñíîâíûå óðîâíè áèîëîãè÷åñêîé îðãàíèçàöèè è èõ ðîëü ï ñèñòåìå èíäèâèäóàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêèõ ðàçëè÷èé (èñïîëüçóÿ ïîíÿòèÿ îá îáùåé è ÷àñòíîé êîíñòèòóöèè);

- ñîîòíåñåíèå êîíñòèòóöèè è íàñëåäñòâåííîñòè;

- ïîëîâûå, âîçðàñòíûå, íàöèîíàëüíûå è äð. îñîáåííîñòè áîëüíîãî;

- äèíàìè÷åñêèå ñâîéñòâà ëè÷íîñòè è åå êà÷åñòâà;

- ñîöèàëüíî îáóñëîâëåííûå ñâîéñòâà ëè÷íîñòè: íàïðàâëåííîñòè, îòíîøåíèÿ, óñòàíîâêè, èíòåðåñû, çíàíèÿ, óìåíèÿ, íàâûêè è ïðî÷.;

- ïðåìîðáèä ëè÷íîñòè â öåëîì.

Äëÿ îáåñïå÷åíèÿ ïðååìñòâåííîñòè íà ýòàïàõ íåéðîðåàáèëèòàöèè èíäèâèäóàëèçàöèè ðåàáèëèòàöèîííûõ ïðîãðàìì íà îñíîâå ôóíêöèîíàëüíîãî äèàãíîçà, àäåêâàòíîé îöåíêè ýôôåêòèâíîñòè ïðîâîäèìûõ ðåàáèëèòàöèîííûõ ìåðîïðèÿòèé ðàçðàáàòûâàþòñÿ èíäèâèäóàëüíûå ðåàáèëèòàöèîííûå êàðòû - â äîïîëíåíèå ê ñòàíäàðòíûì èñòîðèÿì áîëåçíè.

Ñîäåðæàíèå êàðòû: 5-6 ðàçäåëîâ, îñâåùàþùèõ â äèíàìèêå ýòàïû íåéðîðåàáèëèòàöèè, îñíîâíûå êëèíè÷åñêèå, ïñèõîëîãè÷åñêèå, ñîöèàëüíûå, íåéðîôèçèîëîãè÷åñêèå, ëå÷åáíî-âîññòàíîâèòåëüíûå, ñåìåéíî-áûòîâûå, ïðîôåññèîíàëüíî-ïðîèçâîäñòâåííûå è êëèíèêî-êàòàìíåñòè÷åñêèå ñâåäåíèÿ. Âåäåíèå êàðòû ïîçâîëÿåò ïîäîéòè ê ïðîáëåìå ïðàêòè÷åñêîé ðåàáèëèòàëîãèè ñ ïîçèöèé ñèñòåìíîãî àíàëèçà, óòî÷íèòü ôóíêöèîíàëüíûé äèàãíîç è êëèíè÷åñêèõ, ïñèõîëîãè÷åñêèõ è ñîöèàëüíûõ àñïåêòàõ, ïðè êîòîðûõ ëè÷íîñòü, áîëåçíü è ñîöèàëüíàÿ ñèòóàöèÿ â ìíîãîìåðíîñòè ïðîÿâëåíèé âûñòóïàþò â åäèíñòâå.

Ì.Ì. Êàáàíîâ ïîä÷åðêèâàë òåíäåíöèþ â ðåàáèëèòàëîãèè ê èçìåíåíèþ íàïðàâëåííîñòè îò íîçîöåíòðè÷åñêîé (óñòàíîâêà íà áîëåçíü) ê àíòðîïîöåíòðè÷åñêîé (óñòàíîâêà íà ÷åëîâåêà) è äàëåå - ê ñîöèîöåíòðè÷åñêîé (óñòàíîâêà íà ñâÿçü ëè÷íîñòè ñ ñîöèàëüíîé ñðåäîé) îðèåíòàöèè.

Ïðîöåññû íåéðîðåàáèëèòàöèè ñëåäóåò íà÷èíàòü óæå â îñòðîì ïåðèîäå çàáîëåâàíèÿ, ïî âîçìîæíîñòè, â äîîïåðàöèîííîì ïåðèîäå (åñëè ïîçâîëÿåò ñîñòîÿíèå áîëüíîãî). Ïñèõîãåíåòè÷åñêèé àíàëèç îáúåêòèâíûõ è ñóáúåêòèâíûõ ñâåäåíèé ïîçâîëÿåò ïðîãíîçèðîâàòü ôîðìû è ñòåïåíü ñðûâà ïñèõîñîöèàëüíîé àäàïòàöèè, äèíàìèêó â ïñèõè÷åñêîì ñîñòîÿíèè. Äîñòèãàåòñÿ ýòî ïîñðåäñòâîì èçó÷åíèÿ ÿâíûõ è ñêðûòûõ àêöåíòóàöèé õàðàêòåðà áîëüíûõ. Â ðàííåì ïîñëåîïåðàöèîííîì ïåðèîäå, íàðÿäó ñ ìåðîïðèÿòèÿìè ìåäèöèíñêîé ðåàáèëèòàöèè, íà÷èíàþòñÿ ïñèõîôèçè÷åñêèå òðåíèðîâêè è êîððåêöèÿ óñòàíîâîê áîëüíîãî íà îæèäàåìûå îò ëå÷åíèÿ ðåçóëüòàòû (ñîîáðàçíî ôèçè÷åñêîìó, êëèíè÷åñêîìó, ïñèõîëîãè÷åñêîìó è ñîöèàëüíîìó ñîñòîÿíèþ áîëüíîãî, âîçìîæíîñòÿì êîìïëåêñíîé êëèíèêè), íà ðåñîöèàëèçàöèþ. Ïñèõîòåðàïåâòè÷åñêèå ïðèåìû ýòîãî ïåðèîäà: ðàöèîíàëüíûå, àóòîòðåíèíã ñåäàòèâíîé íàïðàâëåííîñòè, ñåìåéíàÿ ïñèõîòåðàïèÿ, ôðàãìåíòû êîñâåííûõ ãðóïïîâûõ ïñèõîòåðàïåâòè÷åñêèõ ïðèåìîâ. Ïîñêîëüêó â ðàííåì ïîñëåîïåðàöèîííîì ïåðèîäå ó áîëüíûõ ÷àñòî ðàçâèâàþòñÿ ðåàêòèâíûå ñîñòîÿíèÿ (àôôåêòèâíûå ðåàêöèè, äåïðåññèè), à èíîãäà äàæå òðàíçèòîðíûå ñóáïñèõîòè÷åñêèå è ïñèõîòí÷åñêèå ñîñòîÿíèÿ, ïñèõîôàðìàêîòåðàïèÿ îêàçûâàåòñÿ ñóùåñòâåííûì äîïîëíåíèåì ê êîìïëåêñíîé òåðàïèè; ñîîòâåòñòâåííî äîëæíà ïåðåñòðàèâàòüñÿ è ñèñòåìà ïñèõîòåðàïèè, êîòîðóþ ïðàâèëüíåå òðàêòîâàòü â äàííîì ñëó÷àå êàê «áèîïñèõîòåðàïèþ».

Îäíèì èç âàæíåéøèõ àñïåêòîâ òàêîé ðàáîòû ÿâëÿåòñÿ ñîçäàíèå óñëîâèé äëÿ ïîëíîöåííîãî ëè÷íîñòíîãî ðàçâèòèÿ äåòåé ñî ñêîëèîçîì â õîäå ðåàëèçàöèè ìåð ïî ïñèõîëîãî-ïåäàãîãè÷åñêîé ðåàáèëèòàöèè è ñîöèàëüíîé àäàïòàöèè ñ ïîñëåäóþùåé èíòåãðàöèåé èõ â ñîâðåìåííîå îáùåñòâî. Ñèñòåìàòè÷åñêîå íàáëþäåíèå çà ðàçâèòèåì ó÷àùèõñÿ â õîäå ó÷åáíî-âîñïèòàòåëüíîãî ïðîöåññà, äèíàìè÷åñêîå, êîìïëåêñíîå, âñåñòîðîííåå è öåëîñòíîå èçó÷åíèå ðåáåíêà ðàññìàòðèâàåòñÿ êàê îñíîâà ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêîãî ñîïðîâîæäåíèÿ îáðàçîâàòåëüíîãî ïðîöåññà äåòåé.

Îðãàíèçàöèÿ è ñîäåðæàíèå ïðîöåññà ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêîãî ñîïðîâîæäåíèÿ èñõîäèò èç òîãî, ÷òî ãëàâíîå îòëè÷èå ïåäàãîãè÷åñêîãî è ïñèõîëîãè÷åñêîãî âîçäåéñòâèÿ ñîñòîèò ëèøü â ëè÷íîé áëèçîñòè ó÷èòåëÿ, ñîöèàëüíîãî ïåäàãîãà è ïñèõîëîãà ê ðåáåíêó. Ñîöèàëüíûé ïåäàãîã - ýòî äðóã, ïîìîùíèê, à ïñèõîëîã - íåçàâèñèìûé ýêñïåðò. Â ïðîöåññå ñîâìåñòíîé ðàáîòû ñïåöèàëèñòàìè ðåàëèçóþòñÿ ðàçíûå öåëè. Öåëüþ ðàáîòû ó÷èòåëÿ, ñîöèàëüíîãî ïåäàãîãà ÿâëÿåòñÿ ñîçäàíèå óñëîâèé äëÿ ñàìîðàçâèòèÿ ëè÷íîñòè ðåáåíêà ÷åðåç ïîçíàíèå ñåáÿ, ïñèõîëîãà - êîððåêöèÿ íà îñíîâå ñàìîïîçíàíèÿ âîçíèêøèõ íàðóøåíèé, ñîïðîâîæäàþùèõñÿ îñîçíàíèåì ñåáÿ äðóãèì, “íåïîëíîöåííûì” ÷ëåíîì îáùåñòâà.

Òàáëèöà 12 Íàïðàâëåíèÿ ïñèõîëîãè÷åñêîé äåÿòåëüíîñòè

|  |  |
| --- | --- |
| Íàïðàâëåíèå äåÿòåëüíîñòè | Öåëè è çàäà÷è |
| Äèàãíîñòè÷åñêàÿ | ñîçäàíèå îïòèìàëüíûõ óñëîâèé äëÿ ðàçâèòèÿ äåòåé áîëüíûõ ñêîëèîçîì. âûÿâèòü èíäèâèäóàëüíûå îñîáåííîñòè äåòåé, äëÿ ãàðìîíè÷íîãî ðàçâèòèÿ ðåáåíêà. îêàçàíèå ïñèõîëîãè÷åñêîé ïîìîùè ïåäàãîãàì â îðãàíèçàöèè ó÷åíî - âîñïèòàòåëüíîãî ïðîöåññà |
| Ïñèõîëîãî - ïåäàãîãè÷åñêîå ïðîñâåùåíèå ïåäàãîãîâ è ðîäèòåëåé | Ðàñøèðåíèå ïðåäñòàâëåíèé ðîäèòåëåé î âîçðàñòíûõ îñîáåííîñòÿõ, î êðèçèñàõ â ðàçâèòèè ðåáåíêà, îñîáåííîñòÿõ âîñïèòàíèÿ è îáó÷åíèÿ. |
| Ïñèõîëîãè÷åñêîå êîíñóëüòèðîâàíèå | Êîíñóëüòèðîâàíèå ïåäàãîãîâ, ðîäèòåëåé ïî èíòåðåñóþùèì âîïðîñàì. |
| Ïðîôèëàêòè÷åñêàÿ | Ñîçäàíèå áëàãîïðèÿòíîãî ïñèõîëîãè÷åñêîãî êëèìàòà, ñâîåâðåìåííîå ïðåäóïðåæäåíèå êîíôëèêòîâ, äåâèàíòíîãî ïîâåäåíèÿ ó÷àùèõñÿ. |
| Ðàçâèâàþùàÿ è êîððåêöèîííàÿ | îáó÷åíèå ìåòîäàì è ïðèåìàì ñàìîðåãóëÿöèè ïðåîäîëåíèå ýìîöèîíàëüíî ñòðåññîâûõ ðåàêöèé, ðàçâèòèå êîììóíèêàòèâíûõ óìåíèé è íàâûêîâ ó÷àñòèå â ïðîãðàììàõ ñïîñîáñòâóþùèõ ëè÷íîñòíîìó ðîñòó ðåáåíêà ýòî - øêîëà «êðàñîòû è çäîðîâüÿ», «Èùó ñâîþ ïðîôåññèþ», èçäàíèå ñîáñòâåííîé ãàçåòû |



Òàêèì îáðàçîì, ãëàâíàÿ çàäà÷à ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêîé ïîääåðæêè ðåáåíêà ñî ñêîëèîçîì - ïîìî÷ü åìó òàê ïîñòðîèòü ïîçíàíèå ñàìîãî ñåáÿ, ÷òîáû îíî ñòàëî äåéñòâåííîé ñèëîé áëàãîïðèÿòíîãî ñàìîðàçâèòèÿ è ñàìîðåãóëÿöèè.

Ðåøàåò ýòó çàäà÷ó ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêàÿ ñëóæáà ñîïðîâîæäåíèÿ, ñîçäàíèå êîòîðîé îñóùåñòâëÿåòñÿ ïîýòàïíî:

ýòàï - îðèåíòàöèîííûé.

Íà äàííîì ýòàïå èçó÷àåòñÿ ïñèõîëîãè÷åñêàÿ êàðòèíà îáðàçîâàòåëüíîãî ïðîñòðàíñòâà (ïðîôåññèîíàëüíûé óðîâåíü ïåäàãîãè÷åñêîãî êîëëåêòèâà, èíäèâèäóàëüíûå îñîáåííîñòè äåòåé, èõ ïîòåíöèàëüíûå âîçìîæíîñòè, ìîòèâàöèîííûå ôàêòîðû îáó÷åíèÿ, õàðàêòåð íåîáõîäèìîé ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêîé ïîìîùè). Â ïðîöåññå ðàáîòû ñ ïåäàãîãè÷åñêèì êîëëåêòèâîì ôîðìèðóåòñÿ ñîâìåñòíîå ïîíÿòèéíîå ïîëå, óëó÷øàåòñÿ ìåæëè÷íîñòíîå îáùåíèå.

ýòàï - ñîçèäàòåëüíûé

Ýòîò ýòàï ïðåäïîëàãàåò îïðåäåëåíèå êîíêðåòíîãî ñîäåðæàíèÿ âçàèìîäåéñòâèÿ ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêîé ñëóæáû ñ äðóãèìè ñëóæáàìè äåòñêîãî ó÷ðåæäåíèÿ.

ýòàï - àíàëèçèðóþùèé

Îòëè÷èòåëüíîé îñîáåííîñòüþ ýòîãî ýòàïà ÿâëÿåòñÿ êà÷åñòâåííîå èçìåíåíèå ïñèõîëîãè÷åñêîãî ñîñòîÿíèÿ êîëëåêòèâà ïî ðåçóëüòàòàì ðàáîòû, íà îñíîâå îñîçíàíèÿ ïðè÷èí, ìåøàþùèõ ðàáîòå ïî ðàçâèòèþ ëè÷íîñòè ðåáåíêà.

ýòàï - “ñîâìåñòíûå àêöèè”

Çàäà÷åé çàêëþ÷èòåëüíîãî ýòàïà ÿâëÿåòñÿ ïðåîäîëåíèå ïðîôåññèîíàëüíîãî ðàçðûâà ìåæäó ñîöèàëüíûì ïåäàãîãîì è ïñèõîëîãîì. Èõ ñîâìåñòíàÿ äåÿòåëüíîñòü ñòàíîâèòñÿ ðàâíîïîëàãàþùåé, íàïðàâëåííîé íà âñåñòîðîííåå ðàçâèòèå ëè÷íîñòè ðåáåíêà, íà ôîðìèðîâàíèå çäîðîâîãî îáðàçà æèçíè - ôèçè÷åñêîãî, ïñèõîëîãè÷åñêîãî è ñîöèàëüíîãî áëàãîïîëó÷èÿ ðåáåíêà, ñòðàäàþùåãî ñêîëèîçîì.

**Çàêëþ÷åíèå**

Èçìåíåíèå îêðóæàþùåé ñðåäû ïîä äåéñòâèåì òåõíîãåííûõ ôàêòîðîâ èëè â ñî÷åòàíèè ñ ïðèðîäíî-êëèìàòè÷åñêèìè ôàêòîðàìè âûçûâàþò ó ÷åëîâåêà íàïðÿæåíèå àäàïòàöèîííûõ ïðîöåññîâ è ðàçëè÷íûå âèäû ïàòîëîãèè, â òîì ÷èñëå è ñêîëèîç. Ðàçâèòèþ ñêîëèîçà ñïîñîáñòâóþò òàêèå ôàêòîðû êàê: íàñëåäñòâåííàÿ ïðåäðàñïîëîæåííîñòü, ãåíåòè÷åñêè îáóñëîâëåííûå çàáîëåâàíèÿ, íåáëàãîïðèÿòíûå ôàêòîðû âíóòðèóòðîáíîãî ðàçâèòèÿ, îñîáåííîñòè ïðîòåêàíèÿ ðîäîâîé äåÿòåëüíîñòè, ýêîëîãè÷åñêèå ôàêòîðû.

Ñêîëèîç - ñëîæíàÿ äåôîðìàöèÿ ïîçâîíî÷íèêà, êîòîðàÿ íå òîëüêî îáåçîáðàæèâàåò òåëî áîëüíûõ, íî è âûçûâàåò çíà÷èòåëüíûå íàðóøåíèÿ ôóíêöèé ñåðäå÷íî - ñîñóäèñòîé ñèñòåìû, îãðàíè÷èâàþùàÿ òåì ñàìûì òðóäîñïîñîáíîñòü áîëüíûõ è ïðè÷èíÿÿ òåì ñàìûì ôèçè÷åñêèå ñòðàäàíèÿ.

Â îñíîâå ïàòîëîãèè ñêîëèîçà ëåæàò âðîæäåííûå íàðóøåíèÿ îáìåíà ñîåäèíèòåëüíîé òêàíè è îñëàáëåíèå åå ñòðóêòóð. Îäíàêî åäèíñòâà ìíåíèé ïî äàííîìó âîïðîñó, êàñàþùèõñÿ âîçíèêíîâåíèÿ è ðàçâèòèÿ äåôîðìàöèè íåò.

Äåôîðìàöèÿ ðàçâèâàåòñÿ ïî îïðåäåëåííûì çàêîíàì, è çíàíèå èõ äàåò âîçìîæíîñòü ïðîãíîçèðîâàòü òå÷åíèå áîëåçíè. Âîçíèêíîâåíèå è ðàçâèòèå ñêîëèîçà ñëîæíûé ïàòîëîãè÷åñêèé ïðîöåññ, ïðîòåêàþùèé â ïåðèîä ðîñòà ñêåëåòà. Ñêîëèîç ïðîÿâëÿþòñÿ â ðàííåì âîçðàñòå îáû÷íî äî 6 ëåò, è ïåðâûì ñèìïòîìîì åãî ÿâëÿåòñÿ èçìåíåíèå ïîçâîíî÷íèêà

Îñîáåííîñòè òå÷åíèÿ äàííîé äåôîðìàöèè ÿâëÿåòñÿ òî, ÷òî â ïóáåðòàòíîì âîçðàñòå ïðîèñõîäèò ïåðåñòðîéêà ýíäîêðèííîé ñèñòåìû è íàáëþäàåòñÿ ïðîãðåññèðîâàíèå äàííîé äåôîðìàöèè, "ïðè÷åì ñêîëèîç ó äåâî÷åê ïðîãðåññèðóåò â 6 - 8 ðàç ÷àùå, ÷åì ó ìàëü÷èêîâ" È.È. Êîí è ðÿä äðóãèõ àâòîðîâ.

Äëÿ äåòåé áîëüíûõ ñêîëèîçîì õàðàêòåðíû ñïåöèôè÷åñêèå îñîáåííîñòè ðàçâèòèÿ òàêèå êàê: ïîâûøåííàÿ óòîìëÿåìîñòü, íåñòàáèëüíîñòü ýìîöèîíàëüíîé ñôåðû, íåóâåðåííîñòü â ñåáå, òðóäíîñòè îáùåíèÿ è àäàïòàöèè, íåïðèíÿòèå äåôåêòîâ ôèãóðû, íàëè÷èå ñîïóòñòâóþùèõ çàáîëåâàíèé æåëóäî÷íî-êèøå÷íîãî òðàêòà, íåðâíîé ñèñòåìû, ëîð-çàáîëåâàíèÿ à òàêæå ïëîñêîñòîïèå, ïîýòîìó äåòè íóæäàþòñÿ â ïîìîùè è ïîääåðæêè íå òîëüêî ðîäíûõ, íî è ñïåöèàëèñòîâ çàíèìàþùèõñÿ äàííûìè ïðîáëåìàìè.

Ïñèõîëîãèÿ è ïñèõîôèçèîëîãèÿ äåòåé, áîëüíûõ ñêîëèîçîì è ïîëó÷àþùèõ êîìïëåêñ ëå÷åáíî-êîððèãèðóþùèõ ìåòîäèê â óñëîâèÿõ ñïåöèàëèçèðîâàííîé ñàíàòîðíîé øêîëû-èíòåðàíàòà, ïðàêòè÷åñêè íå èçó÷åíà. Ñîïîñòàâèòåëüíûå îöåíêè ñâÿçè êîíòèíóóìà ïñèõîëîãî-ïñèõîôèçèîëîãè÷åñêèõ õàðàêòåðèñòèê ðåáåíêà ñ íåêîòîðûìè îñîáåííîñòÿìè òå÷åíèÿ ñêîëèîòè÷åñêîé áîëåçíè â ëèòåðàòóðå, ïî-âèäèìîìó, îòñóòñòâóþò.

Ó äåòåé, áîëüíûõ ñêîëèîçîì, âûñîêà âåðîÿòíîñòü âîçíèêíîâåíèÿ ïñèõîïàòîëîãè÷åñêèõ äåçàäàïòàöèîííûõ ðàññòðîéñòâ è íåðâíî-ïñèõè÷åñêèõ ñðûâîâ.

Ðèñê âîçíèêíîâåíèÿ ðàññòðîéñòâ ëè÷íîñòè ïîâûøàåòñÿ â ñâÿçè ñ âûðàæåííîñòüþ äåôîðìàöèè ïîçâîíî÷íèêà, íåîáõîäèìîñòüþ ïðîâåäåíèÿ îïåðàòèâíîãî ëå÷åíèÿ è äëèòåëüíîñòüþ çàáîëåâàíèÿ.

Âîçðàñò, â êîòîðîì áûë óñòàíîâëåí äèàãíîç, âëèÿåò íà ëè÷íîñòíîå ðàçâèòèå. Íàèáîëüøèé ðèñê âîçíèêíîâåíèÿ ïàòîïñèõîëîãè÷åñêèõ èçìåíåíèé ëè÷íîñòè ó äåòåé äî 11 ëåò è ïîäðîñòêîâ ñòàðøå 14 ëåò.

Íåîáõîäèìî ó÷èòûâàòü äàííûå êëèíèêî-ïñèõîëîãè÷åñêîãî îáñëåäîâàíèÿ ðåáåíêà, áîëüíîãî ñêîëèîçîì, ïðè âûíåñåíèè ýêñïåðòíîãî ðåøåíèÿ, îïðåäåëåíèè ðåàáèëèòàöèîííîãî ïîòåíöèàëà è íà ýòàïàõ ðåàëèçàöèè èíäèâèäóàëüíîé ïðîãðàììû ðåàáèëèòàöèè.

Îò÷åòëèâî âûÿâëÿåòñÿ ñâÿçü ñòåïåíè âûðàæåííîñòè ñäâèãîâ ñ óðîâíåì èçó÷àåìûõ ôóíêöèé - ÷åì âûøå óðîâåíü, òåì ñèëüíåå äèñêðèìèíèðóþùèå îñîáåííîñòè ìåòîäà èññëåäîâàíèÿ. Òàêæå îò÷åòëèâî ïðîñìàòðèâàþòñÿ ðàçëè÷èÿ â ñòåïåíè âûðàæåííîñòè âëèÿíèÿ íà êîíòèíóóì ïñèõîëîãî-ïñèõîôèçèîëîãè÷åñêèõ õàðàêòåðèñòèê îðãàíèçìà òèïà è òÿæåñòè ïîðàæåíèÿ ïîçâîíî÷íèêà ïðè ñêîëèîçå, à òàêæå íàëè÷èÿ èëè îòñóòñòâèÿ ñîïóòñòâóþùèõ ñåðüåçíûõ ñîìàòè÷åñêèõ çàáîëåâàíèé è ñðîêà ïðåáûâàíèÿ ðåáåíêà â ñïåöèàëèçèðîâàííîé øêîëå-èíòåðíàòå. Êîíêðåòíûå îñîáåííîñòè âëèÿíèÿ ïåðå÷èñëåííûõ ôàêòîðîâ íà ïñèõîëîãî-ïñèõîôèçèîëîãè÷åñêèé ñòàòóñ äåòåé ïðè ñêîëèîçå î÷åíü ðàçíîîáðàçíû, âûñîêî ñïåöèôè÷íû.

Êîìïîíåíòû ïðîãðàììû ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêàÿ ïîìîùè äåòÿì áîëüíûõ ñêîëèîçîì, êîòîðàÿ âêëþ÷àåò â ñåáÿ òàêèå íàïðàâëåíèÿ êàê:

- Àäàïòàöèÿ ðåáåíêà ê óñëîâèÿì ñàíàòîðíîé øêîëû-èíòåðíàòà.

- Ïðîôîðèåíòàöèÿ ó÷àùèõñÿ â âûáîðå ïðîôåññèè.

- Ðàçâèòèå òâîð÷åñêîãî ìûøëåíèÿ è êðåàòèâíîñòè.

- Ñîöèàëèçàöèÿ ðåáåíêà.

- Ðàçâèòèå êîììóíèêàòèâíûõ óìåíèé è íàâûêîâ îáùåíèÿ.

- Ïñèõîëîãè÷åñêîå ñîïðîâîæäåíèå ðåáåíêà íà ïðîòÿæåíèè âñåãî ïåðèîäà îáó÷åíèÿ.

**ÑÏÈÑÎÊ ÈÑÏÎËÜÇÎÂÀÍÍÛÕ ÈÑÒÎ×ÍÈÊÎÂ**

. Ïðèêàç ÌÎ ÐÔ, Ìèíçäðàâà ÐÔ, Ãîñêîìñòàòà ÐÔ, Ðîññèéñêîé àêàäåìèè îáðàçîâàíèÿ «Î ñîâåðøåíñòâîâàíèè ïðîöåññà ôèçè÷åñêîãî âîñïèòàíèÿ â îáùåîáðàçîâàòåëüíûõ ó÷ðåæäåíèÿõ ÐÔ» îò 16.07.2002ã. ¹2715/227/166/19

. ÑàíÏèÍ 2.4.2.1178-02. Ãèãèåíè÷åñêèå òðåáîâàíèÿ ê óñëîâèÿì îáó÷åíèÿ â îáùåîáðàçîâàòåëüíûõ ó÷ðåæäåíèÿõ. Óòâåðæäåíû Ãëàâíûì ãîñóäàðñòâåííûì ñàíèòàðíûì âðà÷îì Ðîññèéñêîé Ôåäåðàöèè 25 íîÿáðÿ 2002 ãîäà

. Ïèñüìî ÌÎ ÐÔ îò 25.09.2000ã., ¹2021/11-13

. Èíñòðóêòèâíî-ìåòîäè÷åñêîå ïèñüìî ÌÎ ÐÔ îò 3.10.2003ã. ¹ 13-51-237/13

. Àãàíÿíö Å. Ê., Áåðäè÷åâñêàÿ Å. Ì., Äåìèäîâà Å, Â. Ôèçèîëîãè÷åñêèå îñîáåííîñòè ðàçâèòèÿ äåòåé, ïîäðîñòêîâ è þíîøåé. - Êðàñíîäàð, 1999. - 264ñ.

. Àôàíàñüåâ À.Ï., Îâå÷êèíà À.Â., Ñàäîôüåâà Â.È. Îñîáåííîñòè òå÷åíèÿ äèñïëàñòè÷åñêîãî ñêîëèîçà íà÷àëüíûõ ñòåïåíåé ó äåòåé â óñëîâèÿõ ïðîìûøëåííîãî ãîðîäà // Â ñá.: Ëå÷åíèå è ðåàáèëèòàöèÿ äåòåé-èíâàëèäîâ ñ îðòîïåäè÷åñêîé è îòîíåâðîëîãè÷åñêîé ïàòîëîãèåé íà ýòàïàõ ìåäèöèíñêîé ïîìîùè. - ÑÏá., 1997. - Ñ.73-74.

. Áèîìåõàíèêà îñàíêè / Â. À. Êàøóáà - Êèåâ: Îëèìïèéñêàÿ ëèòåðàòóðà, 2003. - 178ñ.

. Áîáðîâíèêîâà Ç.Ï. Îñîáåííîñòè ìåäèêî-ïåäàãîãè÷åñêîé ðàáîòû â ñïåöèàëüíîé øêîëå-èíòåðíàòå äëÿ äåòåé áîëüíûõ ñêîëèîçîì: Àâòîðåô. äèññ. êàíä. ïåä. íàóê. - Ì., 1974. - Ñ.14-15

. Áóìàêîâà Ñ.À., Øåâ÷åíêî À.À., Äóäèí Ì.Ã. ÝÌÃ - õàðàêòåðèñòèêà ìûøö ñïèíû ó äåòåé ñ èäèîïàòè÷åñêèì ñêîëèîçîì // Â ñá.: ×åëîâåê è åãî çäîðîâüå. Òðàâìàòîëîãèÿ, îðòîïåäèÿ, ïðîòåçèðîâàíèå, áèîìåõàíèêà, ðåàáèëèòàöèÿ èíâàëèäîâ (Ìàòåðèàëû êîíãðåññà). - ÑÏá., 2007. - Ñ.149-150

. Âåðáàëüíàÿ äèàãíîñòèêà ñàìîîöåíêè ëè÷íîñòè / Ôåòèñêèí Í.Ï., Êîçëîâ Â.Â., Ìàíóéëîâ Ã.Ì. Ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêàÿ äèàãíîñòèêà ðàçâèòèÿ ëè÷íîñòè è ìàëûõ ãðóïï. - Ì., 2002. C.48-49

. Ãàéâîðîíñêèé Ã.È. Ïàòîãåíåòè÷åñêèå îñíîâû ñêîëèîòè÷åñêîé äåôîðìàöèè ïîçâîíî÷íèêà ïî äàííûì ýêñïåðèìåíòàëüíûõ èññëåäîâàíèé //Â ñá.: Àêòóàëüíûå âîïðîñû ïðîôèëàêòèêè è ëå÷åíèÿ ñêîëèîçà ó äåòåé / Ìàòåðèàëû Âñåñîþçíîãî ñèìïîçèóìà. - Ì., 1984. - Ñ.40-42

. Ãîí÷àðîâà Ì.Í., Ãðèøèíà À.Â., Ìèðçîåâà È.È. Ðåàáèëèòàöèÿ äåòåé ñ çàáîëåâàíèÿìè è ïîâðåæäåíèÿìè îïîðíî-äâèãàòåëüíîãî àïïàðàòà. - Ë.: Ìåäèöèíà, 1974. - 206ñ.

. Äàäàåâà Î.À., Ñêëÿðåíêî Ð.Ò., Òðàâíèêîâà Í.Ã. Êëèíèêî-ïñèõîëîãè÷åñêèå îñîáåííîñòè äåòåé è ïîäðîñòêîâ, áîëüíûõ ñêîëèîçîì. // Ìåäèêî-ñîöèàëüíàÿ ýêñïåðòèçà è ðåàáèëèòàöèÿ. - 2003. - ¹ 3. - Ñ.10-14

. Äèôôåðåíöèàëüíûå øêàëû ýìîöèé (ïî Ê.Èçàðäó) / Åëèñååâ Î.Ï. Ïðàêòèêóì ïî ïñèõîëîãèè ëè÷íîñòè - ÑÏá., 2003. Ñ.226-227

. Äðîææèíà Ë.À. Îïûò ïðèìåíåíèÿ ëå÷åáíîãî ïëàâàíèÿ ïðè ñêîëèîçàõ ó äåòåé â Çàïîëÿðüå // Âîïðîñû êóðîðòîëîãèè. - 1981. - ¹4. - Ñ.63.

. Äðîææèíà Ë.À. Ðåàáèëèòàöèÿ ïîäðîñòêîâ ñ çàáîëåâàíèÿìè ïîçâîíî÷íèêà // Â ñá.: Àêòóàëüíûå âîïðîñû äåòñêîé òðàâìàòîëîãèè è îðòîïåäèè (Ìàòåð. êîíô.). - ÑÏá., 2000. - Ñ.387-389

. Äóäèí Ì.Ã. Èäèîïàòè÷åñêèé ñêîëèîç. Íîâûå äàííûå. // Â ñá.: Íîâûå èìïëàíòàíòû è òåõíîëîãèè â òðàâìàòîëîãèè è îðòîïåäèè (Ìàòåðèàëû êîíãðåññà). - ßðîñëàâëü, 1999. - Ñ.535-537

. Çàáóäüòå î áîëè â ñïèíå / Äæ. Ñàòêëèôô / Ïåð. ñ àíã. Áîðèñà Øåâðûãèíà - Ì.: ÇÀÎ Êîìïàíèÿ "Ìàõàîí", 2002. - 112ñ.

. Èëüÿñåâè÷ È.À. Ñòèìóëÿöèîííàÿ ýëåêòðîìèîãðàôèÿ ìûøö òóëîâèùà ó äåòåé è õàðàêòåðèñòèêà ýôôåêòà ýëåêòðîèìïóëüñíîé êîððåêöèè èñêðèâëåíèé ïîçâîíî÷íèêà // Àâòîðåô. äèññ.: êàíä. áèîë. íàóê. - Ìèíñê, 1974. - 43ñ.

. Êàçüìèí À.È., Êîí È.È., Áåëåíüêèé Â.Å. Ñêîëèîç. - Ì.: Ìåäèöèíà, 1981.

. Êàïòåëèí À.Ô., Ëàññêàÿ Ë.À. Òðóäîâàÿ òåðàïèÿ â òðàâìàòîëîãèè è îðòîïåäèè. - Ì.: Ìåäèöèíà. 1979. - 176ñ.

. Êàïòåëèí À.Ô., Êîðîñòûëåâà È.Ñ., Áîìèíà Ì.Í. Ôóíêöèîíàëüíîå ëå÷åíèå áîëüíûõ ñ íåáëàãîïðèÿòíî ïðîòåêàþùèì ñêîëèîçîì. // Â ñá.: Àêòóàëüíûå âîïðîñû ïðîôèëàêòèêè è ëå÷åíèÿ ñêîëèîçà ó äåòåé / Ìàòåð. âñåñîþç. ñèìï. - Ì., 1984. - Ñ.90-91.

. Êîí È.È., Áàõòèíà Å.Í., Çàìÿòêèíà Î.Ã. Îñîáåííîñòè ãîðìîíàëüíîãî ñòàòóñà ó äåâî÷åê, áîëüíûõ äèñïëàñòè÷åñêèì ñêîëèîçîì // V ñúåçä òðàâìàòîëîãîâ-îðòîïåäîâ ðåñïóáëèê Ñîâåòñêîé Ïðèáàëòèêè. Ðèãà, 18-20 íîÿáðÿ 1986 ãîäà: Òåçèñû äîêëàäîâ. - ×.I. - Ñ.284-286.

. Êîí È.È., Áàõòèíà Å.Í., Ñîëîâüåâà Â.Ñ. Ðîñòîâîé ïðîöåññ è ïîëîâîå ñîçðåâàíèå äåâî÷åê, ñòðàäàþùèõ äèñïëàñòè÷åñêèì ñêîëèîçîì // Îðòîïåä. òðàâìàòîë. - 1989. - ¹1. - Ñ.39-42

. Êîí È.È., Áåëåíüêèé Â.Å., Íàçàðîâà Ð.Ä. Äèñïëàñòè÷åñêèé ñêîëèîç (ìåõàíîãåíåç, äèàãíîñòèêà, ëå÷åíèå). - Ì.: Ìåäèöèíà, 2004. - 22ñ.

. Êóäðèöêèé Â.È. Ïðèìåíåíèå èãðîâûõ çàíÿòèé ïðè ôóíêöèîíàëüíî-êîìïëåêñíîì ëå÷åíèè äåòåé, áîëüíûõ ñêîëèîçîì I è II ñòåïåíè, â óñëîâèÿõ ñïåöèàëèçèðîâàííîãî èíòåðíàòà: àâòîðåô. äèññ. ... êàíä. ïåä. íàóê. - Ìèíñê,

. Ëîâåéêî È.Ä., Ôîíàðåâ Ì.È. Ëå÷åáíàÿ ôèçè÷åñêàÿ êóëüòóðà ïðè çàáîëåâàíèÿõ ïîçâîíî÷íèêà ó äåòåé. 2-å èçä. - Ë.: Ìåäèöèíà, 1988. - 141ñ.

. Ìàëàõîâ Î.À. Ñîâðåìåííûå ïðîáëåìû òðàâìàòîëîãî-îðòîïåäè÷åñêîé ïîìîùè äåòÿì â Ðîññèéñêîé Ôåäåðàöèè // Â ñá.: Íîâûå èìïëàíòàíòû è òåõíîëîãèè â òðàâìàòîëîãèè è îðòîïåäèè (Ìàòåð. êîíã.). - ßðîñëàâëü, 1999. - Ñ.214-218

. Ìåäâåäåâ Á.À. Ñêîëèîç è îñòåîõîíäðîç: ïðîôèëàêòèêà è ëå÷åíèå. - Ðîñòîâ-íà-Äîíó: Ôåíèêñ, 2004. - 192ñ.

. Ìîâøîâè÷ È.À. Ìîðôîëîãè÷åñêèå îñîáåííîñòè ïàòîãåíåçà è ïðèíöèïû ëå÷åíèÿ ñêîëèîçà // Â ñá.: Àêòóàëüíûå âîïðîñû ïðîôèëàêòèêè è ëå÷åíèÿ ñêîëèîçà ó äåòåé / Ìàòåðèàëû Âñåñîþçíîãî ñèìïîçèóìà. - Ì.: 1984. - Ñ.9-12

. Íåéìàí È.Ç., Ïàâëåíêî Í.Í. Îá îñîáåííîñòÿõ òå÷åíèÿ äèñïëàñòè÷åñêîãî è èäèîïàòè÷åñêîãî ñêîëèîçà // Îðòî-ïåä. òðàâìàò. - 1984. - ¹3. - Ñ.27

. Îâñÿííèêîâ À.Ï. Îïûò îðãàíèçàöèè ñàíàòîðíîãî ëå÷åíèÿ äåòåé, ñòðàäàþùèõ ñêîëèîçîì // Ëå÷åíèå ñêîëèîòè÷åñêîé áîëåçíè ó äåòåé è ïîäðîñòêîâ. - Ë., 1980. - Ñ.117-120

. Ïîçäíèêèí Þ.È., Ñîëîâüåâà Ê.Ñ. Âíåäðåíèå ñòàíäàðòîâ (ïðîòîêîëîâ) äèàãíîñòèêè è ëå÷åíèÿ áîëüíûõ ñ çàáîëåâàíèÿìè îïîðíî-äâèãàòåëüíîãî àïïàðàòà - îäèí èç ïóòåé ñîâåðøåíñòâîâàíèÿ îðòîïåäè÷åñêîé ïîìîùè äåòÿì. // Â ñá.: Ñòàíäàðòû òåõíîëîãèè ñïåöèàëèçèðîâàííîé ïîìîùè äåòÿì ïðè ïîâðåæäåíèÿõ è çàáîëåâàíèÿõ îïîðíî-äâèãàòåëüíîãî àïïàðàòà. - ÑÏá. - 1999. - ×.II. - Ñ.3-5

. Ïîçäíèêèí Þ.È., Ñîëîâüåâà Ê.Ñ. Ñïåöèàëèçèðîâàííàÿ îðòîïåäî-òðàâìàòîëîãè÷åñêàÿ ïîìîùü äåòÿì Ðîññèè // Â ñá.: Íîâûå èìïëàíòàíòû è òåõíîëîãèè â òðàâìàòîëîãèè è îðòîïåäèè (Ìàòåð. êîíã.). - ßðîñëàâëü, 1999.

. Ïîêèíàíîâ Ã.À. Êîíñåðâàòèâíîå ëå÷åíèå ñêîëèîçà. - Êèåâ, 2000. - 188ñ.

. Ïîïóëÿðíàÿ ìåäèöèíñêàÿ ýíöèêëîïåäèÿ. / Ãë. ðåä. Á. Â. Ïåòðîâñêèé Â 1-ì òîìå. Àáîðò - ßùóð. - Ì.: Ñîâåòñêàÿ ýíöèêëîïåäèÿ, 1987 - 704ñ.

. Ñëþñàðåíêî Â.Ã. Ñîöèàëüíàÿ ïåäàãîãèêà. - Ì., 2003. - 164ñ.

. Ôåòèñêèí Í.Ï., Êîçëîâ Â.Â., Ìàíóéëîâ Ã.Ì. Ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêàÿ äèàãíîñòèêà ðàçâèòèÿ ëè÷íîñòè è ìàëûõ ãðóïï. - Ì.: Èçä-âî Èíñòèòóòà Ïñèõîòåðàïèè. 2002. C.57-59

. Ôèùåíêî Ï.ß., Ñàåä Ìóõñåí. Ïðè÷èííî-ñëåäñòâåííûå ñâÿçè â ýòèîëîãèè è ïàòîãåíåçå ñêîëèîòè÷åñêîé áîëåçíè. // Â ñá.: Èçáðàííûå âîïðîñû äåòñêîé òðàâìàòîëîãèè è îðòîïåäèè. - Êèåâ, 2007. - Ñ.22-25

. Øêàëà ëè÷íîñòíîé òðåâîæíîñòè (À.Ì.Ïðèõîæàí) / Äèàãíîñòèêà ýìîöèîíàëüíî-íðàâñòâåííîãî ðàçâèòèÿ. Ðåä. è ñîñò. È.Á.Äåðìàíîâà. - ÑÏá., 2002. Ñ.64-71

. Øêëÿðåíêî À.Ï., Àãàíÿíö Å.Ê. Îáùàÿ îöåíêà ñîñòîÿíèÿ çäîðîâüÿ äåâî÷åê 8-16 ëåò ñ ó÷åòîì òÿæåñòè ñêîëèîòè÷åñêîé áîëåçíè // Ïåäèàòðèÿ. - 2002. - ¹6. - Ñ.45-50

. Ýêñïðåññ-äèàãíîñòèêà óðîâíÿ ñîöèàëüíîé èçîëèðîâàííîñòè ëè÷íîñòè (Ä. Ðàññåë è Ì. Ôåðãþññîí) / Ôåòèñêèí Í.Ï., Êîçëîâ Â.Â., Ìàíóéëîâ Ã.Ì. Ñîöèàëüíî-ïñèõîëîãè÷åñêàÿ äèàãíîñòèêà ðàçâèòèÿ ëè÷íîñòè è ìàëûõ ãðóïï. - Ì., 2002. C.24-25.

**Ïðèëîæåíèå 1**

Îïðîñíèê ÑÀÍ

Òåñòîâûé ìàòåðèàë

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Ñàìî÷óâñòâèå õîðîøåå | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Ñàìî÷óâñòâèå ïëîõîå |
| 2. ×óâñòâóþ ñåáÿ ñèëüíûì |  |  |  |  |  |  |  | ×óâñòâóþ ñåáÿ ñëàáûì |
| 3. Ïàññèâíûé |  |  |  |  |  |  |  | Àêòèâíûé |
| 4. Ìàëîïîäâèæíûé |  |  |  |  |  |  |  | Ïîäâèæíûé |
| 5. Âåñåëûé |  |  |  |  |  |  |  | Ãðóñòíûé |
| 6. Õîðîøåå íàñòðîåíèå |  |  |  |  |  |  |  | Ïëîõîå íàñòðîåíèå |
| 7. Ðàáîòîñïîñîáíûé |  |  |  |  |  |  |  | Ðàçáèòûé |
| 8. Ïîëíûé ñèë |  |  |  |  |  |  |  | Îáåññèëåííûé |
| 9. Ìåäëèòåëüíûé |  |  |  |  |  |  |  | Áûñòðûé |
| 10. Áåçäåÿòåëüíûé |  |  |  |  |  |  |  | Äåÿòåëüíûé |
| 11. Ñ÷àñòëèâûé |  |  |  |  |  |  |  | Íåñ÷àñòíûé |
| 12. Æèçíåðàäîñòíûé |  |  |  |  |  |  |  | Ìðà÷íûé |
| 13. Íàïðÿæåííûé |  |  |  |  |  |  |  | Ðàññëàáëåííûé |
| 14. Çäîðîâûé |  |  |  |  |  |  |  | Áîëüíîé |
| 15. Áåçó÷àñòíûé |  |  |  |  |  |  |  | Óâëå÷åííûé |
| 16. Ðàâíîäóøíûé |  |  |  |  |  |  |  | Âçâîëíîâàííûé |
| 17. Âîñòîðæåííûé |  |  |  |  |  |  |  | Óíûëûé |
| 18. Ðàäîñòíûé |  |  |  |  |  |  |  | Ïå÷àëüíûé |
| 19. Îòäîõíóâøèé |  |  |  |  |  |  |  | Óñòàëûé |
| 20. Ñâåæèé |  |  |  |  |  |  |  | Èçíóðåííûé |
| 21. Ñîíëèâûé |  |  |  |  |  |  |  | Âîçáóæäåííûé |
| 22. Æåëàíèå îòäîõíóòü |  |  |  |  |  |  |  | Æåëàíèå ðàáîòàòü |
| 23. Ñïîêîéíûé |  |  |  |  |  |  |  | Îçàáî÷åííûé |
| 24. Îïòèìèñòè÷íûé |  |  |  |  |  |  |  | Ïåññèìèñòè÷íûé |
| 25. Âûíîñëèâûé |  |  |  |  |  |  |  | Óòîìëÿåìûé |
| 26. Áîäðûé |  |  |  |  |  |  |  | Âÿëûé |
| 27. Ñîîáðàæàòü òðóäíî |  |  |  |  |  |  |  | Ñîîáðàæàòü ëåãêî |
| 28. Ðàññåÿííûé |  |  |  |  |  |  |  | Âíèìàòåëüíûé |
| 29. Ïîëíûé íàäåæä |  |  |  |  |  |  |  | Ðàçî÷àðîâàííûé |
| 30. Äîâîëüíûé |  |  |  |  |  |  |  | Íåäîâîëüíûé |

Êëþ÷ ê òåñòó

- Âîïðîñû íà ñàìî÷óâñòâèå - 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

- Âîïðîñû íà àêòèâíîñòü - 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

- Âîïðîñû íà íàñòðîåíèå - 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

## **Ïðèëîæåíèå 2**

Øêàëà ëè÷íîñòíîé òðåâîæíîñòè (À.Ì.Ïðèõîæàí)

Èíñòðóêöèÿ ê òåñòó:

(Íà ïåðâîé ñòðàíèöå áëàíêà). Íà ñëåäóþùèõ ñòðàíèöàõ ïåðå÷èñëåíû ñèòóàöèè, îáñòîÿòåëüñòâà, ñ êîòîðûìè òû âñòðå÷àåøüñÿ â æèçíè. Íåêîòîðûå èç íèõ ìîãóò áûòü äëÿ òåáÿ íåïðèÿòíûìè, òàê êàê ìîãóò âûçâàòü òðåâîãó, áåñïîêîéñòâî èëè ñòðàõ.

Âíèìàòåëüíî ïðî÷òè êàæäîå ïðåäëîæåíèå, ïðåäñòàâü ñåáÿ â ýòèõ îáñòîÿòåëüñòâàõ è îáâåäè êðóæêîì îäíó èç öèôð ñïðàâà - 0, 1, 2, 3 èëè 4, - â çàâèñèìîñòè îò òîãî, íàñêîëüêî ýòà ñèòóàöèÿ äëÿ òåáÿ íåïðèÿòíà, íàñêîëüêî îíà ìîæåò âûçâàòü ó òåáÿ áåñïîêîéñòâî, îïàñåíèÿ èëè ñòðàõ.

- Åñëè ñèòóàöèÿ ñîâåðøåííî íå êàæåòñÿ òåáå íåïðèÿòíîé, â ñòîëáèê "Îòâåò" ïîñòàâü öèôðó 0.

- Åñëè îíà íåìíîãî òðåâîæèò, áåñïîêîèò òåáÿ, â ñòîëáèê "Îòâåò" ïîñòàâü öèôðó 1.

- Åñëè áåñïîêîéñòâî è ñòðàõ äîñòàòî÷íî ñèëüíû è òåáå õîòåëîñü áû íå ïîïàäàòü â òàêóþ ñèòóàöèþ, â ñòîëáèê "Îòâåò" ïîñòàâü öèôðó 2.

- Åñëè ñèòóàöèÿ î÷åíü íåïðèÿòíà è ñ íåé ñâÿçàíû ñèëüíûå áåñïîêîéñòâî, òðåâîãà, ñòðàõ, â ñòîëáèê "Îòâåò" ïîñòàâü öèôðó 3.

- Ïðè î÷åíü ñèëüíîì áåñïîêîéñòâå, î÷åíü ñèëüíîì ñòðàõå â ñòîëáèê "Îòâåò" ïîñòàâü öèôðó 4.

Ïåðåâåðíè ñòðàíèöó.

(Íà âòîðîé ñòðàíèöå èíñòðóêöèÿ ïðîäîëæàåòñÿ) Òâîÿ çàäà÷à - ïðåäñòàâèòü ñåáå êàæäóþ ñèòóàöèþ (ñåáÿ â ýòîé ñèòóàöèè), îïðåäåëèòü, íàñêîëüêî îíà ìîæåò âûçâàòü ó òåáÿ òðåâîãó, áåñïîêîéñòâî, ñòðàõ, îïàñåíèÿ, è îáâåñòè îäíó èç öèôð, îïðåäåëÿþùèõ, íàñêîëüêî îíà äëÿ òåáÿ íåïðèÿòíà.

×òî îçíà÷àåò êàæäàÿ öèôðà, íàïèñàíî ââåðõó ñòðàíèöû (Äàëåå ñëåäóåò òåêñò ìåòîäèêè).

Òåñòîâûé ìàòåðèàë

Âàðèàíòû îòâåòîâ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Íåò | Íåìíîãî | Äîñòàòî÷íî | Çíà÷èòåëüíî | Î÷åíü |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ôîðìà À

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¹ | Ñèòóàöèÿ | Îòâåò |
| Ïðèìåð | Ïåðåéòè â íîâóþ øêîëó |  |
| 1 | Îòâå÷àòü ó äîñêè |  |
| 2 | Îêàçàòüñÿ ñðåäè íåçíàêîìûõ ðåáÿò |  |
| 3 | Ó÷àñòâîâàòü â ñîðåâíîâàíèÿõ, êîíêóðñàõ, îëèìïèàäàõ |  |
| 4 | Ñëûøàòü çàêëÿòèÿ |  |
| 5 | Ðàçãîâàðèâàòü ñ äèðåêòîðîì øêîëû |  |
| 6 | Ñðàâíèâàòü ñåáÿ ñ äðóãèìè |  |
| 7 | Ó÷èòåëü ñìîòðèò ïî æóðíàëó, êîãî ñïðîñèòü |  |
| 8 | Òåáÿ êðèòèêóþò, â ÷åì-òî óïðåêàþò |  |
| 9 | Íà òåáÿ ñìîòðÿò, êîãäà òû ÷òî-íèáóäü äåëàåøü (íàáëþäàþò çà òîáîé âî âðåìÿ ðàáîòû, ðåøåíèÿ çàäà÷è) |  |
| 10 | Âèäåòü ïëîõèå ñíû |  |
| 11 | Ïèñàòü êîíòðîëüíóþ ðàáîòó, âûïîëíÿòü òåñò ïî êàêîìó-íèáóäü ïðåäìåòó |  |
| 12 | Ïîñëå êîíòðîëüíîé, òåñòà - ó÷èòåëü íàçûâàåò îòìåòêè |  |
| 13 | Ó òåáÿ ÷òî-òî íå ïîëó÷àåòñÿ |  |
| 14 | Ñìîòðåòü íà ÷åëîâåêà, ïîõîæåãî íà ìàãà, êîëäóíà |  |
| 15 | Íà òåáÿ íå îáðàùàþò âíèìàíèÿ |  |
| 16 | Æäåøü ðîäèòåëåé ñ ðîäèòåëüñêîãî ñîáðàíèÿ |  |
| 17 | Òåáå ãðîçèò íåóñïåõ, ïðîâàë |  |
| 18 | Ñëûøàòü ñìåõ çà ñâîåé ñïèíîé |  |
| 19 | Íå ïîíèìàòü îáúÿñíåíèé ó÷èòåëÿ |  |
| 20 | Äóìàåøü î òîì, ÷åãî òû ñìîæåøü äîáèòüñÿ â áóäóùåì |  |
| 21 | Ñëûøàòü ïðåäñêàçàíèÿ î êîñìè÷åñêèõ êàòàñòðîôàõ |  |
| 22 | Âûñòóïàòü ïåðåä çðèòåëÿìè |  |
| 23 | Ñëûøàòü, ÷òî êàêîé-òî ÷åëîâåê «íàïóñêàåò ïîð÷ó» íà äðóãèõ |  |
| 24 | Ñ òîáîé íå õîòÿò èãðàòü |  |
| 25 | Ïðîâåðÿþòñÿ òâîè ñïîñîáíîñòè |  |
| 26 | Íà òåáÿ ñìîòðÿò êàê íà ìàëåíüêîãî |  |
| 27 | Íà ýêçàìåíå òåáå äîñòàëñÿ 13-é áèëåò |  |
| 28 | Íà óðîêå ó÷èòåëü íåîæèäàííî çàäàåò òåáå âîïðîñ |  |
| 29 | Îöåíèâàåòñÿ òâîÿ ðàáîòà |  |
| 30 | Íå ìîæåøü ñïðàâèòüñÿ ñ äîìàøíèì çàäàíèåì |  |
| 31 | Çàñûïàòü â òåìíîé êîìíàòå |  |
| 32 | Íå ñîãëàøàåøüñÿ ñ ðîäèòåëÿìè |  |
| 33 | Áåðåøüñÿ çà íîâîå äåëî |  |
| 34 | Ðàçãîâàðèâàòü ñ øêîëüíûì ïñèõîëîãîì |  |
| 35 | Äóìàòü î òîì, ÷òî òåáÿ ìîãóò «ñãëàçèòü» |  |
| 36 | Çàìîë÷àëè, êîãäà òû ïîäîøåë (ïîäîøëà) |  |
| 37 | Ñëóøàòü ñòðàøíûå èñòîðèè |  |
| 38 | Ñïîðèòü ñî ñâîèì äðóãîì (ïîäðóãîé) |  |
| 39 | Äóìàòü î ñâîåé âíåøíîñòè |  |
| 40 | Äóìàòü î ïðèçðàêàõ, äðóãèõ ñòðàøíûõ, «ïîòóñòîðîííèõ» ñóùåñòâàõ |  |

Ôîðìà Á

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¹ÑèòóàöèÿÎòâåò |  |  |
| Ïðèìåð | Ïåðåéòè â íîâóþ øêîëó |  |
| 1 | Îòâå÷àòü ó äîñêè |  |
| 2 | Òðåáóåòñÿ îáðàòèòüñÿ ñ âîïðîñîì, ïðîñüáîé ê íåçíàêîìîìó ÷åëîâåêó |  |
| 3 | Ó÷àñòâîâàòü â ñîðåâíîâàíèÿõ, êîíêóðñàõ, îëèìïèàäàõ |  |
| 4 | Ñëûøàòü çàêëÿòèÿ |  |
| 5 | Ðàçãîâàðèâàòü ñ äèðåêòîðîì øêîëû |  |
| 6 | Ñðàâíèâàòü ñåáÿ ñ äðóãèìè |  |
| 7 | Ó÷èòåëü äåëàåò òåáå çàìå÷àíèå |  |
| 8 | Òåáÿ êðèòèêóþò, â ÷åì-òî óïðåêàþò |  |
| 9 | Íà òåáÿ ñìîòðÿò, êîãäà òû ÷òî-íèáóäü äåëàåøü (íàáëþäàþò çà òîáîé âî âðåìÿ ðàáîòû, ðåøåíèÿ çàäà÷è) |  |
| 10 | Âèäåòü ïëîõèå èëè «âåùèå» ñíû |  |
| 11 | Ïèñàòü êîíòðîëüíóþ ðàáîòó, âûïîëíÿòü òåñò ïî êàêîìó-íèáóäü ïðåäìåòó |  |
| 12 | Ïîñëå êîíòðîëüíîé, òåñòà ó÷èòåëü íàçûâàåò îòìåòêè |  |
| 13 | Ó òåáÿ ÷òî-òî íå ïîëó÷àåòñÿ |  |
| 14 | Ìûñëü î òîì, ÷òî íåîñòîðîæíûì ïîñòóïêîì ìîæíî íàâëå÷ü íà ñåáÿ ãíåâ ïîòóñòîðîííèõ ñèë |  |
| 15 | Íà òåáÿ íå îáðàùàþò âíèìàíèÿ |  |
| 16 | Æäåøü ðîäèòåëåé ñ ðîäèòåëüñêîãî ñîáðàíèÿ |  |
| 17 | Òåáå ãðîçèò íåóñïåõ, ïðîâàë |  |
| 18 | Ñëûøàòü ñìåõ çà ñâîåé ñïèíîé |  |
| 19 | Íå ïîíèìàòü îáúÿñíåíèé ó÷èòåëÿ |  |
| 20 | Äóìàåøü î ñâîåì áóäóùåì |  |
| 21 | Ñëûøàòü ïðåäñêàçàíèÿ î êîñìè÷åñêèõ êàòàñòðîôàõ |  |
| 22 | Âûñòóïàòü ïåðåä áîëüøîé àóäèòîðèåé |  |
| 23 | Ñëûøàòü, ÷òî êàêîé-òî ÷åëîâåê «íàïóñêàåò ïîð÷ó» íà äðóãèõ |  |
| 24 | Ññîðèòüñÿ ñ ðîäèòåëÿìè |  |
| 25 | Ó÷àñòâîâàòü â ïñèõîëîãè÷åñêîì ýêñïåðèìåíòå |  |
| 26 | Íà òåáÿ ñìîòðÿò êàê íà ìàëåíüêîãî |  |
| 27 | Íà ýêçàìåíå òåáå äîñòàëñÿ 13-é áèëåò |  |
| 28 | Íà óðîêå ó÷èòåëü íåîæèäàííî çàäàåò òåáå âîïðîñ |  |
| 29 | Äóìàåøü î ñâîåé ïðèâëåêàòåëüíîñòè äëÿ äåâî÷åê (ìàëü÷èêîâ) |  |
| 30 | Íå ìîæåøü ñïðàâèòüñÿ ñ äîìàøíèì çàäàíèåì |  |
| 31 | Îêàçàòüñÿ â òåìíîòå, âèäåòü íåÿñíûå ñèëóýòû, ñëûøàòü íåïîíÿòíûå øîðîõè |  |
| 32 | Íå ñîãëàøàåøüñÿ ñ ðîäèòåëÿìè |  |
| 33 | Áåðåøüñÿ çà íîâîå äåëî |  |
| 34 | Ðàçãîâàðèâàòü ñî øêîëüíûì ïñèõîëîãîì |  |
| 35 | Äóìàòü î òîì, ÷òî òåáÿ ìîãóò «ñãëàçèòü» |  |
| 36 | Çàìîë÷àëè, êîãäà òû ïîäîøåë (ïîäîøëà) |  |
| 37 | Îáùàòüñÿ ñ ÷åëîâåêîì, ïîõîæèì íà ìàãà, ýêñòðàñåíñà |  |
| 38 | Ñëóøàòü, êàê êòî-òî ãîâîðèò î ñâîèõ ëþáîâíûõ ïîõîæäåíèÿõ |  |
| 39 | Ñìîòðåòüñÿ â çåðêàëî |  |
| 40 | Êàæåòñÿ, ÷òî íå÷òî íåïîíÿòíîå, ñâåðõúåñòåñòâåííîå ìîæåò ïîìåøàòü òåáå äîáèòüñÿ æåëàåìîãî |  |

Êëþ÷ ê òåñòó (êëþ÷ ÿâëÿåòñÿ îáùèì äëÿ îáåèõ ôîðì):

- Øêîëüíàÿ òðåâîæíîñòü: 1, 5, 7, 11, 12, 16, 19, 28, 30, 34

- Ñàìîîöåíî÷íàÿ òðåâîæíîñòü: 3, 6, 8, 13, 17, 20, 25, 29, 33, 39

- Ìåæëè÷íîñòíàÿ òðåâîæíîñòü: 2, 9, 15, 18, 22, 24, 26, 32, 36, 38

- Ìàãè÷åñêàÿ òðåâîæíîñòü: 4, 10, 14, 21, 23, 27, 31, 35, 37, 40

Ïðè îáðàáîòêå îòâåò íà êàæäûé èç ïóíêòîâ øêàëû îöåíèâàåòñÿ êîëè÷åñòâîì áàëëîâ, ñîîòâåòñòâóþùèì îêðóãëåííîé ïðè îòâåòå íà íåãî öèôðå. Ïîäñ÷èòûâàåòñÿ îáùàÿ ñóììà áàëëîâ ïî øêàëå â öåëîì è îòäåëüíî ïî êàæäîé ñóáøêàëå. Ïîëó÷åííàÿ ñóììà áàëëîâ ïðåäñòàâëÿåò ñîáîé ïåðâè÷íóþ, èëè «ñûðóþ», îöåíêó.

Ïåðâè÷íàÿ îöåíêà ïåðåâîäèòñÿ â øêàëüíóþ. Â êà÷åñòâå øêàëüíîé îöåíêè èñïîëüçóåòñÿ ñòàíäàðòíàÿ äåñÿòêà. Äëÿ ýòîãî äàííûå èñïûòóåìîãî ñîïîñòàâëÿþòñÿ ñ íîðìàòèâíûìè ïîêàçàòåëÿìè ãðóïïû ó÷àùèõñÿ ñîîòâåòñòâóþùåãî âîçðàñòà è ïîëà. Ðåçóëüòàò, ïîëó÷åííûé ïî âñåé øêàëå, èíòåðïðåòèðóåòñÿ êàê ïîêàçàòåëü îáùåãî óðîâíÿ òðåâîæíîñòè, ïî îòäåëüíûì ñóáøêàëàì - îòäåëüíûõ âèäîâ òðåâîæíîñòè.

Îáùàÿ òðåâîæíîñòü

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ñòåíû | Ïîëîâîçðàñòíûå ãðóïïû (ðåçóëüòàòû â áàëëàõ) | | | | | | | |
|  | 8-10 ëåò | | 11-12 ëåò | | 13-14 ëåò | | 15-16 ëåò | |
|  | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. |
| 1 | 0-33 | 0-26 | 0-34 | 0-26 | 0-34 | 0-37 | 0-33 | 0-27 |
| 2 | 34-40 | 27-32 | 35-43 | 27-32 | 35-43 | 38-45 | 34-39 | 28-34 |
| 3 | 41-48 | 33-39 | 44-50 | 33-38 | 44-52 | 46-53 | 40-46 | 35-41 |
| 4 | 49-55 | 40-45 | 51-58 | 39-44 | 53-61 | 54-61 | 47-53 | 42-47 |
| 5 | 56-62 | 46-52 | 59-66 | 45-50 | 62-70 | 62-69 | 54-60 | 48-54 |
| 6 | 63-70 | 53-58 | 67-74 | 51-56 | 71-80 | 70-77 | 61-67 | 55-61 |
| 7 | 71-77 | 59-65 | 75-81 | 57-62 | 81-88 | 78-85 | 86-74 | 62-68 |
| 8 | 78-84 | 66-71 | 82-89 | 63-67 | 89-98 | 86-93 | 75-80 | 69-75 |
| 9 | 85-92 | 72-77 | 90-97 | 68-73 | 99-107 | 94-101 | 81-87 | 76-82 |
| 10 | 93 è áîëåå | 78 è áîëåå | 98 è áîëåå | 74 è áîëåå | 108 è áîëåå | 102 è áîëåå | 88 è áîëåå | 83 è áîëåå |

Øêîëüíàÿ òðåâîæíîñòü

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ñòåíû | Ïîëîâîçðàñòíûå ãðóïïû (ðåçóëüòàòû â áàëëàõ) | | | | | | | |
|  | 8-10 ëåò | | 11-12 ëåò | | 13-14 ëåò | | 15-16 ëåò | |
|  | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. |
| 1 | 0-8 | 0-7 | 0-2 | 0-7 | 0-8 | 0-7 | 0-7 | 0-6 |
| 2 | 9-11 | 8-10 | 3-5 | 8-9 | 9-10 | 8-9 | 8-9 | 7 |
| 3 | 12-13 | 11-12 | 6-7 | 9-10 | 11-13 | 10-12 | 10-11 | 8 |
| 4 | 14-16 | 13-14 | 8-10 | 11-12 | 14-15 | 13-15 | 12-13 | 9 |
| 5 | 17-18 | 15-16 | 11-12 | 13 | 16-18 | 16-17 | 14 | 10 |
| 6 | 19-20 | 17-18 | 13-15 | 14-15 | 19-20 | 18-20 | 15-16 | 11 |
| 7 | 21-22 | 19-20 | 16-17 | 16 | 21-22 | 21-22 | 17-18 | 12-13 |
| 8 | 23-25 | 21-22 | 18-20 | 17-18 | 23-25 | 23-25 | 19-20 | 14 |
| 9 | 26-27 | 23-24 | 21-22 | 19-20 | 26-27 | 26-28 | 21-22 | 15 |
| 10 | 28 è áîëåå | 25 è áîëåå | 23 è áîëåå | 21 è áîëåå | 28 è áîëåå | 29 è áîëåå | 23 è áîëå | 16 è áîëåå |

Ñàìîîöåíî÷íàÿ òðåâîæíîñòü

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ñòåíû | Ïîëîâîçðàñòíûå ãðóïïû (ðåçóëüòàòû â áàëëàõ) | | | | | | | |
|  | 8-10 ëåò | | 11-12 ëåò | | 13-14 ëåò | | 15-16 ëåò | |
|  | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. |
| 1 | 0-10 | 0-7 | 0-9 | 0-5 | 0-8 | 0-7 | 0-6 | 0-7 |
| 2 | 11 | 8-9 | 10-11 | 6-7 | 9-10 | 8-10 | 7-8 | 8-9 |
| 3 | 12-13 | 10 | 12-13 | 8 | 11-13 | 11-13 | 9-11 | 10-12 |
| 4 | 14 | 11-12 | 14-16 | 9-10 | 14-16 | 14-16 | 12-13 | 13-15 |
| 5 | 15-16 | 13 | 17-18 | 11-12 | 17-18 | 17-19 | 14-16 | 16-17 |
| 6 | 17-18 | 14-15 | 19-20 | 10-11 | 19-21 | 20-22 | 17-18 | 18-20 |
| 7 | 19 | 16-17 | 21-22 | 13-14 | 22-24 | 23-25 | 19-21 | 21-23 |
| 8 | 20-21 | 18 | 23-24 | 15 | 25-26 | 26-28 | 22-23 | 24-25 |
| 9 | 22-23 | 19-20 | 25-27 | 16-17 | 27-29 | 29-31 | 24-26 | 26-28 |
| 10 | 24 è áîëåå | 21 è áîëåå | 28 è áîëåå | 18 è áîëåå | 30 è áîëåå | 32 è áîëåå | 27 è áîëå | 29 è áîëåå |

Ìåæëè÷íîñòíàÿ òðåâîæíîñòü

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ñòåíû | Ïîëîâîçðàñòíûå ãðóïïû (ðåçóëüòàòû â áàëëàõ) | | | | | | | |
|  | 8-10 ëåò | | 11-12 ëåò | | 13-14 ëåò | | 15-16 ëåò | |
|  | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. |
| 1 | 0-8 | 0-7 | 0-8 | 0-8 | 0-6 | 0-8 | 0-6 | 0-7 |
| 2 | 9 | 8 | 9-10 | 9 | 7-9 | 9-11 | 7-8 | 8-9 |
| 3 | 10 | 9 | 11-12 | 10 | 10-12 | 12-14 | 9-11 | 10-12 |
| 4 | 11 | 10 | 13-14 | 11-12 | 13-15 | 15-17 | 12-13 | 13-15 |
| 5 | 12-13 | 11-12 | 15 | 13 | 16-17 | 18-20 | 14-15 | 16-17 |
| 6 | 14 | 13 | 16-17 | 14-15 | 18-20 | 21-23 | 16-18 | 18-20 |
| 7 | 15 | 14 | 18-19 | 16 | 21-23 | 24-26 | 19-20 | 21-23 |
| 8 | 16-17 | 15 | 20-21 | 17-18 | 24-26 | 27-29 | 21-23 | 24-26 |
| 9 | 18 | 16 | 22-23 | 19 | 27-29 | 30-32 | 24-25 | 27-28 |
| 10 | 19 è áîëåå | 17 è áîëåå | 24 è áîëåå | 20 è áîëåå | 30 è áîëåå | 33 è áîëåå | 26 è áîëå | 29 è áîëåå |

Ìàãè÷åñêàÿ òðåâîæíîñòü

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ñòåíû | Ïîëîâîçðàñòíûå ãðóïïû (ðåçóëüòàòû â áàëëàõ) | | | | | | | |
|  | 8-10 ëåò | | 11-12 ëåò | | 13-14 ëåò | | 15-16 ëåò | |
|  | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. | äåâ. | ìàë. |
| 1 | 0-7 | 0-6 | 0-7 | 0-4 | 0-5 | 0-6 | 0-6 | 0-5 |
| 2 | 8 | 7 | 8-9 | 5-6 | 6-7 | 7-8 | 7-9 | 6-7 |
| 3 | 9-10 | 8-9 | 10-11 | 8-10 | 9-10 | 10-11 | 8-9 | 4 |
| 4 | 11-12 | 10 | 12-13 | 8-9 | 11-13 | 11-12 | 12-14 | 10 |
| 5 | 13-14 | 11-12 | 14-15 | 10 | 14-15 | 13-14 | 15-16 | 11-12 |
| 6 | 15-16 | 13 | 16-17 | 11-12 | 16-18 | 15-16 | 17-19 | 13 |
| 7 | 17-18 | 14 | 18-20 | 13 | 19-21 | 17-18 | 20-22 | 14-15 |
| 8 | 19-20 | 15-16 | 21-22 | 14-15 | 22-23 | 19-20 | 23-24 | 16-17 |
| 9 | 21-22 | 17 | 23-24 | 16 | 24-26 | 21-23 | 25-27 | 18 |
| 10 | 23 è áîëåå | 18 è áîëåå | 25 è áîëåå | 17 è áîëåå | 27 è áîëåå | 24 è áîëåå | 28 è áîëåå | 19 è áîëåå |

## **Ïðèëîæåíèå 3**

Âåðáàëüíàÿ äèàãíîñòèêà ñàìîîöåíêè ëè÷íîñòè

Èíñòðóêöèÿ ê òåñòó: Ïî êàæäîìó èç ñóæäåíèé òåñòà íà ñàìîîöåíêó íàäî äàòü îòâåò «î÷åíü ÷àñòî», «÷àñòî», «ðåäêî» èëè «íèêîãäà» â çàâèñèìîñòè îò òîãî, íàñêîëüêî ñâîéñòâåííû âàì ìûñëè, îïèñàííûå â òåñòå.

Òåñòîâûé ìàòåðèàë

1. Ìíå õî÷åòñÿ, ÷òîáû ìîè äðóçüÿ ïîäáàäðèâàëè ìåíÿ.

2. Ïîñòîÿííî ÷óâñòâóþ ñâîþ îòâåòñòâåííîñòü â ó÷åáå.

. ß áåñïîêîþñü î ñâîåì áóäóùåì.

. Ìíîãèå ìåíÿ íåíàâèäÿò.

. ß îáëàäàþ ìåíüøåé èíèöèàòèâîé, ÷åì äðóãèå.

. ß áåñïîêîþñü çà ñâîå ïñèõè÷åñêîå ñîñòîÿíèå.

. ß áîþñü âûãëÿäåòü ãëóïûì.

. Âíåøíèé âèä äðóãèõ êóäà ëó÷øå, ÷åì ìîé.

. ß áîþñü âûñòóïàòü ñ ðå÷üþ ïåðåä íåçíàêîìûìè ëþäüìè.

. ß ÷àñòî äîïóñêàþ îøèáêè.

. Êàê æàëü, ÷òî ÿ íå óìåþ ãîâîðèòü ñ ëþäüìè êàê ñëåäóåò.

. Êàê æàëü, ÷òî ìíå íå õâàòàåò óâåðåííîñòè â ñåáå.

. Ìíå áû õîòåëîñü, ÷òîáû ìîè äåéñòâèÿ îäîáðÿëèñü äðóãèìè ÷àùå.

. ß ñëèøêîì ñêðîìåí.

. Ìîÿ æèçíü áåñïîëåçíà.

. Ìíîãèå íåïðàâèëüíîãî ìíåíèÿ îáî ìíå.

. Ìíå íå ñ êåì ïîäåëèòüñÿ ñâîèìè ìûñëÿìè.

. Ëþäè æäóò îò ìåíÿ î÷åíü ìíîãîãî.

. Ëþäè íå îñîáåííî èíòåðåñóþòñÿ ìîèìè äîñòèæåíèÿìè.

. ß ñëåãêà ñìóùàþñü.

. ß ÷óâñòâóþ, ÷òî ìíîãèå ëþäè íå ïîíèìàþò ìåíÿ.

. ß íå ÷óâñòâóþ ñåáÿ â áåçîïàñíîñòè.

. ß ÷àñòî âîëíóþñü ïîíàïðàñíó.

. ß ÷óâñòâóþ ñåáÿ íåëîâêî, êîãäà âõîæó â êîìíàòó, ãäå óæå ñèäÿò ëþäè.

. ß ÷óâñòâóþ ñåáÿ ñêîâàííûì.

. ß ÷óâñòâóþ, ÷òî ëþäè ãîâîðÿò îáî ìíå çà ìîåé ñïèíîé.

. ß óâåðåí, ÷òî ëþäè ïî÷òè âñå ïðèíèìàþò ëåã÷å, ÷åì ÿ.

. Ìíå êàæåòñÿ, ÷òî ñî ìíîé äîëæíà ñëó÷èòüñÿ êàêàÿ-íèáóäü íåïðèÿòíîñòü.

. Ìåíÿ âîëíóåò, êàê ëþäè îòíîñÿòñÿ êî ìíå.

. Êàê æàëü, ÷òî ÿ íåîáùèòåëåí.

. Â ñïîðàõ ÿ âûñêàçûâàþñü òîëüêî òîãäà, êîãäà óâåðåí â ñâîåé ïðàâîòå.

. ß äóìàþ î òîì, ÷åãî æäóò îò ìåíÿ îäíîêëàññíèêè.

Êëþ÷ ê òåñòîâîìó çàäàíèþ (ïîäñ÷åò áàëëîâ ïðîèçâîäèòñÿ ïî ñõåìå):

- «î÷åíü ÷àñòî» - 4 áàëëà,

- «÷àñòî» - 3,

- «ðåäêî» - 2,

- «íèêîãäà» - 0.

**Ïðèëîæåíèå 4**

Ýêñïðåññ-äèàãíîñòèêà óðîâíÿ ñîöèàëüíîé èçîëèðîâàííîñòè ëè÷íîñòè (Ä.Ðàññåë è Ì.Ôåðãþññîí) Èíñòðóêöèÿ: Âàì ïðåäëàãàåòñÿ ðÿä óòâåðæäåíèé. Ðàññìîòðèòå ïîñëåäîâàòåëüíî êàæäîå è îöåíèòå ñ òî÷êè çðåíèÿ ÷àñòîòû èõ ïðîÿâëåíèÿ â âàøåé æèçíè ïðè ïîìîùè ÷åòûðåõ âàðèàíòîâ îòâåòîâ: “÷àñòî” (3 áàëëà), “èíîãäà” (2 áàëëà), “ðåäêî” (1 áàëë), “íèêîãäà” (0 áàëëîâ). Âûáðàííûé âàðèàíò îòìåòüòå ñîîòâåòñòâóþùåé öèôðîé. Îïðîñíèê

1. ß íåñ÷àñòëèâ, çàíèìàÿñü ñòîëüêèìè âåùàìè â îäèíî÷êó.

2. Ìíå íå ñ êåì ïîãîâîðèòü.

. Äëÿ ìåíÿ íåâûíîñèìî áûòü òàêèì îäèíîêèì.

. Ìíå íå õâàòàåò îáùåíèÿ.

. ß ÷óâñòâóþ, ÷òî íèêòî äåéñòâèòåëüíî íå ïîíèìàåò ìåíÿ.

. ß ÷àñòî ëîâëþ ñåáÿ íà îæèäàíèè, ÷òî ëþäè ïîçâîíÿò èëè íàïèøóò ìíå. Íåò íèêîãî, ê êîìó ÿ ìîã áû îáðàòèòüñÿ.

. ß ñåé÷àñ áîëüøå íè ñ êåì íå áëèçîê.

. Òå, êòî ìåíÿ îêðóæàåò, íå ðàçäåëÿþò ìîè èíòåðåñû è èäåè.

9. ß ÷óâñòâóþ ñåáÿ ïîêèíóòûì.

10. ß íå ñïîñîáåí ðàñêðåïîùàòüñÿ è îáùàòüñÿ ñ òåìè, êòî ìåíÿ îêðóæàåò.

. ß ÷óâñòâóþ ñåáÿ ñîâåðøåííî îäèíîêèì.

. Ìîè ñîöèàëüíûå îòíîøåíèÿ è ñâÿçè ïîâåðõíîñòíû.

. ß óìèðàþ îò òîñêè ïî êîìïàíèè.

. Â äåéñòâèòåëüíîñòè íèêòî êàê ñëåäóåò íå çíàåò ìåíÿ.

. ß ÷óâñòâóþ ñåáÿ èçîëèðîâàííûì îò äðóãèõ.

. ß íåñ÷àñòåí îòòîãî, ÷òî âñåìè îòâåðãíóò.

. Ìíå òðóäíî çàâîäèòü äðóçåé.

. ß ÷óâñòâóþ ñåáÿ èñêëþ÷åííûì è èçîëèðîâàííûì äðóãèìè.

. Ëþäè âîêðóã ìåíÿ, íî íå ñî ìíîé.

**Ïðèëîæåíèå 5**

Äèôôåðåíöèàëüíûå øêàëû ýìîöèé (ïî Ê.Èçàðäó) Èíñòðóêöèÿ ê òåñòó: Îöåíè, ïîæàëóéñòà, ïî 4-áàëëüíîé øêàëå òî, â êàêîé ñòåïåíè êàæäîå ïîíÿòèå îïèñûâàåò òâîå ñàìî÷óâñòâèå â äàííûé ìîìåíò, ïðîñòàâèâ ïîäõîäÿùóþ öèôðó ñïðàâà: «1» - ñîâñåì íå ïîäõîäèò; «2» - ïîæàëóé, âåðíî; «3» - âåðíî; «4» - ñîâåðøåííî âåðíî».

Òåñòîâûé ìàòåðèàë

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Âíèìàòåëüíûé | Êîíöåíòðèðîâàííûé | Ñîáðàííûé |
| 2 | Íàñëàæäàþùèéñÿ | Ñ÷àñòëèâûé | Ðàäîñòíûé |
| 3 | Óäèâëåííûé | Èçóìëåííûé | Ïîðàæåííûé |
| 4 | Óíûëûé | Ïå÷àëüíûé | Ñëîìëåííûé |
| 5 | Âçáåøåííûé | Ãíåâíûé | Áåçóìíûé |
| 6 | íåïðèÿçíü | îòâðàùåíèå | îìåðçåíèå |
| 7 | Ïðåçðèòåëüíûé | Ïðåíåáðåãàþùèé | Íàäìåííûé |
| 8 | Ïóãàþùèé | Ñòðàøíûé | Ñåþùèé ïàíèêó |
| 9 | Çàñòåí÷èâûé | Ðîáêèé | Ñòûäëèâûé |
| 10 | Ñîæàëåþùèé | Âèíîâàòûé | Ðàñêàèâàþùèéñÿ |

Êëþ÷ ê òåñòó

|  |  |
| --- | --- |
| ¹ | Ýìîöèÿ |
| 1 | Èíòåðåñ |
| 2 | Ðàäîñòü |
| 3 | Óäèâëåíèå |
| 4 | Ãîðå |
| 5 | Ãíåâ |
| 6 | Îòâðàùåíèå |
| 7 | Ïðåçðåíèå |
| 8 | Ñòðàõ |
| 9 | Ñòûä |
| 10 | Âèíà |

Ðÿä ïîä ¹1 â òåñòîâîì ìàòåðèàëå ñîîòâåòñòâóåò ýìîöèè ¹1 - Èíòåðåñ è ò.ä.

Ðàçìåùåíî íà Allbest.ru