

spatial perception and visual memory were better. There was designed and implemented the special program for the development of the cognitive sphere of children of primary school age. After participating in a developmental program for younger schoolchildren's of the experimental group there was established a noticeable positive trend in the development of most cognitive mental processes. The dynamics of the results of the control group was mostly insignificant.

**Key words:** primary school age, cognitive sphere, cognitive mental processes, perception, memory, attention, thinking, development, develop the program.

*Отримано: 7.08.2011*

УДК 159.9

*В.В. Корнієнко*

## **Про ефективність засобів соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату з орієнтацією на гармонізацію “образу-Я”**

У статті розглянуто вплив заходів соціально-психологічної реабілітації на формування “образу – Я” дітей з порушенням опорно-рухового апарату, уявлення щодо себе, адекватність самооцінки та усвідомлення себе як цілісної особистості.

**Ключові слова:** особистість, фізичні вади, відчуття неповноцінності, самооцінка, гармонічний “образ – Я”.

В статье рассмотрено влияние социально-психологических реабилитационных мероприятий на формирование “образа –Я” у детей с патологией опорно-двигательного аппарата, представление о себе, адекватность самооценки и осознание себя как целостной личности.

**Ключевые слова:** личность, физические недостатки, ощущение неполноценности, самооценка, гармоничный “образ – Я”.

Відомо, що розвиток “образу – Я” у дітей підліткового віку залежить від здатності до усвідомлення свого Я, своїх здібностей та недоліків [4]. Численні дослідження в цьому напрямку довели, що набуті та природжені вади рухової сфери деформують “образ-Я”

особистості й негативно впливають на емоційно-ціннісне ставлення до себе та навколишнього світу, що призводить до дезадаптації, а в умовах ригідності та некоригованості “образу-Я” – і до емоційних розладів (Л.С. Виготський, В.В. Ковальов, І.Ф. Аршава, Р.Я. Абрамович-Лехтман, Є.І. Кириченко, Є.А. Калижнюк, І.І. Мамайчук, Г.В. П’ятакова, О.В. Шалаурова, Bandura A., Josselson R. та ін.).

У дітей з патологією опорно – рухового апарату центральне місце в структурі особистості займають негативні емоційні переживання, що відбивають ставлення хворої дитини до себе і свого захворювання [3]. Здатність до усвідомлення свого Я, своїх здібностей та недоліків є важливою умовою розвитку самовиховання та саморегуляції поведінки у дітей з руховою патологією, що зможуть сформувати механізми повноцінної інтеграції їх у суспільство [7]. Тому пошук шляхів модифікації “образу – Я” у дітей з патологією опорно – рухового апарату під впливом заходів соціально – психологічної реабілітації є дуже важливою проблемою.

*Метою* нашого емпіричного дослідження було порівняння динамічних складових “образу-Я” хворих на артрогрипоз, дитячий церебральний параліч та міопатію в залежності від умов їх соціально-психологічної реабілітації та розробка на цій основі ефективних заходів щодо реабілітації цієї категорії хворих дітей.

Для реалізації зазначеної мети було сформовано психодіагностичний методичний комплекс, який би допоміг найбільш достовірно виконати дослідження особливості складових “образу-Я”. Особливість розроблених нами реабілітаційних заходів полягала у залученні хворих дітей до участі у творчій діяльності, пов’язаній з виготовленням сувенірних виробів майстрами виробничого об’єднання Дніпропетровщини “Петриківський орнамент”. Продукція цього об’єднання, як відомо, характеризується широким використанням найвищих мотивів, народного фольклору у розробці тем розпису, яскравими кольорами, що сприяють формуванню позитивного настрою, порівняно нескладними технологіями виготовлення. Успішному здійсненню цього задуму реабілітаційного впливу на хворих дітей сприяло декілька факторів. По-перше, милосердя колективу працівників об’єднання “Петриківський розпис”, серед яких знайшлися ентузіасти, що взяли за навчання дітей основам цього народного мистецтва. Залучення батьків хворих дітей, керівництва інтернату, благодійних фондів дозволило забезпечити дітей усім необхідним для участі у цій діяльності. Арт-терапія, як перевірений засіб стимулювання самовираження дитини, наповнилась новим змістом

реальної діяльності, продукти якої мали певну матеріальну цінність. За участю вихователів інтернату, батьків і опікунів хворих дітей, студентів-волонтерів, що надавали допомогу у роботі з дітьми, ми організували виставки робіт усіх без винятку дітей і навіть продаж їх виробів. Малорухливий спосіб життя дітей з ураженнями рухового апарату виявився сприятливим для виконання помітної роботи, пов'язаної з виготовленням дрібних сувенірів. Реальна цінність творчих зусиль стимулювала виявлення фантазії, появу у хворих дітей віри у свої сили. Залучення до творчої діяльності наповнило життя дітей змістом, позитивними емоціями, розширило коло учасників їх соціальної взаємодії (як з дорослими, так і з дітьми) [6].

Розроблена нами система заходів соціально-психологічної реабілітації для контингенту хворих дітей упроваджувалася протягом дворічного дослідження, в результаті якого було визначено її ефективність. Про це свідчить кількісний та якісний аналіз основних емпіричних даних дослідження особливостей розвитку їх "образу-Я".

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася із застосуванням методів математичної статистики за допомогою спеціальної програми 8TAT18T1CA. Для статистичної обробки даних застосовувався t-критерій Стьюдента, кореляційний аналіз на основі критерія Пірсона, кластерний аналіз. Висновок про статистичні розходження й наявність впливу на досліджувані змінні робився за рівнями значущості  $p < 0, 10$ ;  $p < 0, 05$ ;  $p < 0, 01$ .

Подивимось на динаміку у внутрішньому світі дітей з патологією опорно-рухового апарату у різних умовах соціально-психологічної реабілітації на аналізі зміни їх рівня самооцінки.

Таблиця 1

**Рівень самооцінки дітей з руховою патологією як близькість "Я-реального" до "Я-ідеального"**

Рівень самооцінки	Діти -інваліди (в%)					
	ДЦП (до)	ДЦП (після)	Міоп. (до)	Міоп. (після)	Артрог. (до)	Артрог. (після)
Висока	34, 7	58,, 8	34, 7	36, 0	36, 0	48, 0
Середня	42, 3	29, 6	10, 8	17, 3	28, 6	17, 6
Низька	23, 9	25, 4	71, 4	66, 7	37, 7	21, 6

Аналіз даних, представлених у таблиці, дозволяє констатувати наступне: діти, хворі на дитячий церебральний параліч (ДЦП), що були залучені до соціально-психологічних засобів, у цілому характеризувалися більш позитивною самооцінкою, ніж діти, хворі

на міопатію, які не брали участі у вищезазначених заходах. Розходження середніх показників самооцінки у зазначених вище дітей статистично значимі за критерієм Стьюдента на рівні  $p < 0,01$ ,  $t = 3,54$ . Близько 42,3% дітей з ДЦП вважали себе реально наближеними до “Ідеального Я”, лише біля чверті опитаних вважали себе далекими від “Ідеального Я”.

Інша картина спостерігалась у дітей з міопатією. Тут переважна більшість учнів (66,7%) характеризувалась низькою самооцінкою.

Оцінюючи “реальне Я”, діти з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) вважали себе, порівняно із хворими на міопатію, істотно більш наполегливими ( $t = 2,03$ ,  $p = 0,04$ ), стриманими ( $t = 3,09$ ,  $p = 0,002$ ), менш емоційно холодними ( $t = -2,34$ ,  $p = 0,02$ ), менш пасивними ( $r = -3,43$ ,  $p = 0,008$ ), їм більше властивий ентузіазм ( $t = 4,42$ ,  $p = 0,00002$ ). Отже, розходження самооцінки дітей з ДЦП та міопатією обумовлені, в першу чергу, етіопатогенезом захворювання, розходженнями в оцінці себе як діючого суб’єкта, умовами виховання та навчання.

Серед дітей, хворих на ДЦП, високою самооцінкою характеризувалися 34,7% підлітків, серед дітей з артрогрипозом – 36,0%. Таким чином, відсоткове співставлення дітей з руховою патологією, що виховувались в інтернатному закладі, свідчить про майже однакове володіння ними високою самооцінкою. Розходження спостерігаються у відсотковому співставленні дітей з артрогрипозом, ДЦП та міопатією із середньою й низькою самооцінкою. Так, у дітей з артрогрипозом на 11,1% менше, ніж у дітей з міопатією – низька самооцінка (37,7% проти 26,7%) і майже на стільки ж більше дітей із середньою самооцінкою (31,5% з ДЦП, порівняно 37,3% з міопатією).

Вірогідно, що діти з артрогрипозом та ДЦП більш критично оцінюють себе, ніж діти з міопатією. Зокрема, діти з артрогрипозом та ДЦП визначають у себе наявність таких якостей, властивих підлітковому віку, як нерішучість ( $r = 1,99$ ,  $p = 0,04$ ), сором’язливість ( $t = 2,76$ ,  $p = 0,06$ ), упертість ( $t = 2,11$ ,  $p = 0,03$ ).

Після соціально-психологічних заходів діти з руховою патологією продемонстрували наступні показники самооцінок: 58,8% дітей з ДЦП; 48,0% – з артрогрипозом оцінюють себе як близьких до “Ідеального Я”; 29,6% з ДЦП й 19,6% – з артрогрипозом характеризуються середньою самооцінкою; 25%, 4% дітей з ДЦП й 21,6% – з артрогрипозом вважають себе далекими від “Ідеального Я”. Таким чином, трохи більше дітей з ДЦП та артрогрипозом із середньою самооцінкою й менше – з високою, ніж у дітей з міопатією. Діти з ДЦП та артрогрипозом ставляться до себе більш критично, ніж діти з міопатією. Так, діти, що були

залучені до заходів соціально-психологічної реабілітації, вважають себе більш життєрадісними ( $t=1, 67, p=0, 09$ ) і терплячими ( $t=2, 10, p=0, 03$ ), ніж діти з міопатією, менше визнають у собі наявність таких якостей, як нерішучість ( $t=2, 25, p=0, 02$ ) і повільність ( $t=3, 03, p=0, 03$ ).

Аналізуючи вище зазначене, можна припустити, що такі фактори, як соціальна, емоційна та материнська депривації, що накладаються на фізичні вади дітей, формують у них нереалістичну самооцінку, прагнення не визнавати в собі негативних якостей.

Динаміка змін самооцінки у дітей з ДЦП, міопатією та артрогрипозом наступна. Протягом навчального року діти з різним діагнозом та залежно від умов соціально-психологічної реабілітації показали протилежно спрямовані тенденції в зміні самооцінки.

У дітей з ДЦП та артрогрипозом, переважно підліткового віку, спостерігається достовірне зниження самооцінки ( $t=2, 01, p=0, 04$ ). При цьому збільшується відсоток дітей, хворих на ДЦП, з низькою самооцінкою (від 23,9% до 37,8%) і трохи знижується відсоток дітей, хворих на артрогрипоз, що характеризуються високою самооцінкою (з 41,2% до 34,7%) і середньою самооцінкою (від 34,9% до 27,5%).

Діти підліткового віку з ДЦП та артрогрипозом вище оцінюють у собі наявність такої якості, як упертість ( $t=3, 45, p=0, 007$ ), нижче – терплячість ( $t=2, 48, p=0, 01$ ). Отже, зниження самооцінки у дітей з вищезгаданою патологією пов'язане із зростанням самокритичності, визнанням у собі негативних якостей, що відбивають труднощі самоконтролю у поведінці, а це цілком властиве підлітковому віку.

Зовсім інша тенденція у зміні самооцінки спостерігається протягом навчального року у дітей, переважно підліткового віку, хворих на міопатію, які не перебували в інтернатному закладі, навчалися переважно за індивідуальною програмою і не брали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації. У них протягом року спостерігається невеликий зріст самооцінки, самооцінка зростає ( $t=2, 09, p=0, 03$ ), зменшується відсоток хворих з низькою самооцінкою (з 71,4% до 66,7%), збільшується кількість дітей з високою самооцінкою (з 23,8% до 30,3%) і середньою самооцінкою (з 10,8% до 17,3%).

Якщо порівняти самооцінку у дітей, хворих на міопатію, на початку і наприкінці навчального року, то вони вище оцінюють у собі наявність таких позитивних якостей, як сміливість ( $t=2, 25, p=0, 02$ ), наполегливість ( $t=4, 16, p=0, 00006$ ), педантизм ( $t=2, 73, p=0, 007$ ), нижче – наявність негативних якостей: сензитив-

ності ( $t=2,91$ ,  $p=0,004$ ), егоцентричності ( $t=2,53$ ,  $p=0,01$ ), примхливості ( $t=1,91$ ,  $p=0,05$ ) й емотивності  $t=2,17$ ,  $p=0,03$ ).

Зміни в самооцінці дітей, хворих на міопатію, пов'язані з прагненням визнавати у собі позитивні якості й не визнавати негативні.

Отже, якщо у дітей з руховою патологією інтернатного закладу, що навчалися протягом року паралельно із соціально-психологічними реабілітаційними заходами, за даними про власне “Я” – збільшується розрив між “Я-ідеальним” і “Я-реальним”, то у дітей, хворих на міопатію, що навчаються в основному за індивідуальними програмами, “Я-реальне” наближається до “Я-ідеального”.

За період одного навчального року у дітей з руховою патологією, що навчалися в інтернатному закладі та були включені до заходів соціально-психологічної реабілітації і у дітей, що навчалися за індивідуальною програмою без включення до соціально-психологічних заходів, спостерігалася тенденція зростання самооцінки, причому і у дітей інтернатного закладу, розходження середніх показників значимі на рівні  $p=0,06$ , і у дітей, що навчалися дома за індивідуальною програмою також на рівні  $p=0,06$ ).

На другому році навчання на дітей інтернатного закладу (частіше підліткового віку) була продовжена дія заходів соціально-психологічної реабілітації. І як результат дії заходів – діти інтернатного закладу стали менш сенситивними ( $t=2,31$ ,  $p=0,02$ ) і більш наполегливими ( $t=1,82$ ,  $p=0,06$ ), ніж рік тому. В оцінці інших якостей значимих розходжень не виявлено, що може свідчити про те, що у дітей з руховою патологією на початку участі у заходах соціально-психологічної реабілітації в цілому складалося досить несуперечливе подання про свою особистість, що не зазнавало істотних змін до нового навчального року.

На цей же час діти, хворі на міопатію та без втручання до заходів соціально-психологічної реабілітації, оцінюють себе, порівняно з минулим роком, як більш терплячих ( $t=2,03$ ,  $p=0,04$ ), менш роздратованих ( $t=2,43$ ,  $p=0,01$ ), менш агресивних ( $t=2,03$ ,  $p=0,04$ ), більш екстравертованих ( $t=2,46$ ,  $p=0,01$ ). Створювалося враження, що подання дітей, хворих на міопатію, про себе змінювалося в напрямку наближення до “психологічно адекватної” дитини.

Наступним етапом було з'ясування адекватності самооцінок дітей-інвалідів.

За допомогою кластерного аналізу в кожній групі дітей-інвалідів виділялися специфічні групи з характерним для них співставленням самооцінки й вегетативних розладів.

Таблиця 2

**Показники адекватності самооцінок дітей (з ДЦП та артрогрипозом), що брали участь у соціально-психологічних заходах (перший рік)**

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей в (%)
1	0,60	0,47	16,5
2	0,52	0,11	28,4
3	0,71	0,13	35,8
4	0,19	0,08	19,3

Результати дослідження адекватності самооцінки дітей з руховою патологією (з ДЦП та артрогрипозом), що навчалися в інтернатному закладі на першому році соціально-психологічних заходів, представлені в табл. 3. 2.

За даними таблиці видно, що першу групу (16,5%) становили учні із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка занижена, порівняно з об'єктивною оцінкою групи. Другу групу (28,4%) становили діти із середньою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка адекватна оцінці групи. Третя група підлітків (35,8%) характеризується високою самооцінкою при середньому рівні вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка завищена. Четверта група (19,3%) відрізняється низькою самооцінкою при низькому рівні вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка адекватна.

Таблиця 3

**Показники адекватності самооцінок дітей (з ДЦП та артрогрипозом) наприкінці першого року участі у соціально-психологічних заходах**

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей у (%)
1	0,69	0,11	42,8
2	0,47	0,00	9,2
3	0,53	0,40	18,4
4	0,03	0,11	29,6

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей з руховою патологією (з ДЦП та артрогрипозом), що навчалися в інтернатному закладі, наприкінці першого року участі у соціально-психологічних заходах представлені в табл. 3.

Першу групу (42,8%) становили діти-інваліди із середньою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів, тобто їхня

самооцінка адекватна. Другу групу (9,2%) представлено дітьми із середньою самооцінкою й низьким рівнем вегетативних розладів, тобто самооцінка завищена. Третя група (18,4%) – підлітки із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка занижена. Четверта група (29,6%) – діти з низькою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка також занижена порівняно з оцінкою групи.

**Таблиця 4**

**Показники адекватності самооцінок дітей (з ДЦП та артрогрипозом), що брали участь у соціально-психологічних заходах (2-й рік)**

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей у (%)
1	0, 12	0, 17	22, 2
2	0, 69	0, 46	15, 9
3	0, 68	0, 16	54, 0
4	0, 63	0, 0	7, 9

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей-інвалідів (з ДЦП та артрогрипозом), що навчалися в інтернатному закладі, другого року участі у соціально-психологічних заходах представлені в табл.4.

Першу групу (22,2%) становили діти з низькою самооцінкою й середнім рівнем тривожності, тобто їхня самооцінка занижена. Другу групу (15,9%) представлено дітьми із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, тобто самооцінка занижена. Третя група (54,0%) – діти із середньою самооцінкою й середнім рівнем тривожності, тобто їхня самооцінка адекватна. Четверта група (7,9%) – діти із середньою самооцінкою й низьким рівнем вегетативних розладів.

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей, хворих на міопатію, на час початку занять у заходах соціально-психологічної реабілітації дітей з ДЦП та артрогрипозом, що перебували в інтернатному закладі, представлені в табл.5.

Першу групу (9,5%) становили підлітки з найбільш низькою самооцінкою й найбільш високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка значно занижена. Друга група (45,29%) представлено підлітками з низькою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка також занижена, хоча й не настільки істотно, як у попередній. Третя група (19,0%) – діти з низькою самооцінкою й низьким показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. Четверта



група (26,3%) – діти з високою самооінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їх самооінка завищена.

Таблиця 5

**Показники адекватності самооцінок дітей, хворих на міопатію, на час початку занять дітей-інвалідів інтернатного закладу у заходах соціально-психологічної реабілітації**

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей (у%)
1	0, 17	0, 53	9, 5
2	0, 24	0, 15	45, 2
3	0, 30	0, 00	19, 0
4	0, 72	0, 20	26, 3

Таблиця 6

**Показники адекватності самооцінок дітей, хворих на міопатію, в динаміці (через рік)**

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей (у%)
1	0, 52	0, 20	32, 0
2	0, 13	0, 21	21, 3
3	0, 76	0, 17	30, 7
4	0, 50	0, 62	16, 0

Першу групу (32,0%) становили діти здебільшого підліткового віку із середньою самооінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооінка адекватна. Другу групу (21,3%) представлено дітьми з низькою самооінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооінка занижена. Третя група (30,7%) – діти з найбільш високою самооінкою при найнижчому показнику вегетативних розладів, тобто їхня самооінка істотно завищена. Четверта група (16,0%) – діти із середньою самооінкою й високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооінка занижена.

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей з набутою патологією опорно-рухового апарату (міопатією), що протягом дворічного дослідження не брали участі у запропонованих заходах соціально-психологічної реабілітації, представлено в табл. 7.

Першу групу (30,7%) становили діти з низькою самооінкою й низьким показником вегетативних розладів, тобто їхня самооінка адекватна. Друга група (30,8%) представлена дітьми з високою самооінкою і найбільш низьким показником вегетативних розладів, тобто самооінка суттєво завищена.

Таблиця 7

## Показники адекватності самооцінок дітей, хворих на міопатію, на другому році дослідження

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей (в%)
1	0,30	0,09	30,7
2	0,74	0,08	30,8
3	0,72	0,18	23,1
4	0,71	0,42	15,4

**Третя група (23,1%)** – діти з високою самооцінкою і середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка завищена. **Четверта група (15,4%)** – діти з високою самооцінкою й високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна.

Узагальнюючи дані дослідження адекватності самооцінок дітей-інвалідів, які перебувають у різних умовах соціально-психологічної реабілітації, маємо наступні результати.

Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату інтернатного закладу заниженою самооцінкою характеризуються 16,5% дітей та 54,7% дітей, хворих на міопатію, що навчаються переважно за індивідуальною програмою. При цьому 9,5% дітей, хворих на міопатію, що мають високий показник вегетативних розладів, відрізняються вкрай низькою самооцінкою, тобто їхня самооцінка найбільш неадекватна. Адекватною самооцінкою характеризуються 47% дітей інтернатного закладу, що брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, і лише 19,0% дітей, що перебували на індивідуальному навчанні та участі у запропонованих заходах не брали. Завищеною самооцінкою характеризується 35,8% дітей інтернатного закладу, що брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, і 26,3%, що перебували на індивідуальному навчанні та участі у запропонованих заходах не брали.

Отже, серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, що перебували в умовах соціально-психологічних заходів, у 3,3 рази менша кількість дітей із заниженою самооцінкою і в 2,5 рази більша з адекватною самооцінкою, порівняно з дітьми, хворими на міопатію, які не брали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації.

Серед дітей з руховою патологією, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, занижена самооцінка властива 48,0%; адекватна самооцінка властива 42,8%; завищена самооцінка властива лише 9,2% дітей.

Серед дітей, хворих на міопатію, які не брали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, занижена самооцінка властива 37,3%; адекватна самооцінка властива 32,0%; завищена самооцінка властива 30,7% дітей.

Отже, дітям з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, властива адекватна й занижена самооцінка, що відбиває їх критичне ставлення до себе.

Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, які не брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, третина характеризується неадекватно-високими самооцінками, які не відповідають об'єктивному ставленню оточуючих їх людей, що підтверджує компенсаторний характер самооцінок. Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом двох років, занижена самооцінка властива 38,1%, адекватна самооцінка властива 54,0%; завищена самооцінка властива лише 7,9%, а у дітей-інвалідів, які не брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, занижена самооцінка властива 0% дітей; адекватна самооцінка властива 46,1%; завищена – 53,9% дітей.

Отже, дітям, з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом двох років, найбільш властива адекватна або занижена самооцінка, а у дітей з патологією опорно-рухового апарату, які не брали участь у психокорекційній роботі реабілітації, самооцінка завищена.

Узагальнюючи вищевикладене, можна зробити наступні висновки: протягом двох років були виявлені істотні розходження у становленні самооцінки дітей з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, та тих, які участі в них не брали:

1. У дітей з патологією опорно-рухового апарату, що навчаються в інтернатному закладі, криза самооцінки реєструється у 12-14 років, коли самооцінка, порівняно з віком 9-11 років різко знижується, і це співпадає з початком соціально-психологічних заходів. Зниження самооцінки, що характеризується сором'язливістю й нерішучістю, які виникають у зв'язку з визнанням дітьми з патологією опорно-рухового апарату наявності у себе негативних якостей, зокрема впертості й відсутності терпіння, збігається з описом кризи підліткового віку у психологічній літературі. Але вже до кінця другого року участі цих дітей у заходах соціально-психологічної реабілітації діти стають більш терплячими, спокійними, відкритими, переборюють сором'язливість, самооцінка знову зростає.

Більшість дітей з патологією опорно-рухового апарату, що навчаються в інтернатному закладі, характеризується адекватною або заниженою самооцінкою, що підкреслює підвищену вимогливість до себе. Так, деякі діти з високим і середнім рівнем вегетативних розладів, дещо занижують самооцінку, а діти із середнім та низьким рівнем вегетативних розладів, дещо завищують самооцінку. Однак не було виявлено підлітків, у яких би їхня самооцінка різко розходилася з оцінкою людей, які їх оточували, як це спостерігається у дітей, хворих на міопатію, що перебувають в основному на індивідуальному навчанні.

2. У дітей, хворих на міопатію, здебільшого підліткового віку, самооцінка в цілому поступово підвищується за дворічний період спостереження і більша частина цих дітей (60,8%) характеризується високою самооцінкою.

3. Підвищення самооцінки визначається прагненням дітей з руховою патологією високо оцінювати в собі наявність позитивних якостей “Я” та не визнавати негативних.

В цілому самооцінка дітей, хворих на міопатію, виявилася істотно менш адекватною, ніж у дітей, що перебували в інтернатному закладі і брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації.

У дітей, що перебували в інтернатному закладі і брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, високою самооцінкою відрізнялися діти з високим рівнем вегетативних порушень (9,5%). Серед дітей, хворих на міопатію, біля третини з них відрізняється завищеною самооцінкою, що не відповідає об’єктивній оцінці цих дітей оточуючими їх людьми. Отже, висока самооцінка дітей, хворих на міопатію, має найчастіше компенсаторний характер.

#### **Список використаних джерел**

1. Аршава И. Ф. Ранняя диагностика непсихотических психических расстройств и их профилактика у детей и подростков при гипоспадии : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14. 00. 18 / И. Ф. Аршава. – Харьков, 1992. – 22 с.
2. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрения ребенка / Л. С. Выготский // Психология личности: тексты. – М.: МГУ, 1982. – С. 161–166.
3. Калижнюк Е. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Е. С. Калижнюк. – К.: Вища школа, 1987. – 254 с.
4. Кон И. С. Открытие Я / И. С. Кон. – М.: Политиздат, 1978. – 367 с.

5. Максименко С. Д. Основи генетичної психології / С.Д. Максименко. – К.: НППЦ Перспектива, 1998. – 220 с.
6. Корнієнко В.В. Особливості розвитку “образу-Я” у дітей з патологією опорно-рухового апарату в залежності від умов соціально-психологічної реабілітації.: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19. 00. 04 / В.В.Корнієнко; Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2009. – 17 с.
7. Мастюкова Є. М. Некоторые особенности мотивационной сферы школьников с церебральным параличом и воспитание основ нравственного поведения / Є.М. Мастюкова // Дефектология. – 1985. – № 5. – С. 45–49.
8. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. – 1977. – V. 84. – P. 191-215.
9. Josselson R. Ego development in adolescence / R. Josselson // Handbook of adolescent psychology / ED. By J. Adelson. – New York: John Wiley, 1980. – P. 188-210.

The influence of socially-psychological rehabilitational actions on formation of “I-image” at children with pathology of a locomotorium and representations about itself, adequacy of a self-appraisal and comprehension of itself as integrated person are surveyed in the article.

**Keywords:** personality, physical defects, feeling of inferiority, self-rating, harmonious “I – image”.

*Отримано: 23.07.2011*

УДК 159.922.2

*І.О.Корнієнко*

## **Факторний аналіз методик діагностики особистісних детермінант копінг-поведінки особистості**

У статті розглядається група методологічних підходів до вимірювання опанувальної поведінки у зв'язку з особистісними властивостями особистості. Визначено основні методичні підходи до проведення дослідження. Проведений факторний аналіз, визначено корелюючі