

УДК 613.6.015

## **Психологическая оценка социальной интеграции и адаптации инвалидов в процессе их профессиональной ориентации**

**Никольская Анастасия Всеволодовна**

Доктор психологических наук, доцент,  
кафедра психологии,  
Московский государственный университет дизайна и технологии,  
117997, Российская Федерация, Москва, ул. Садовническая, 33, стр. 1;  
e-mail: tonokazutoya@bk.ru

**Назаров Алексей Леонидович**

Кандидат физико-математических наук, доцент,  
кафедра высшей математики,  
Независимый Московский университет,  
119002, Российская Федерация, Москва, Большой Власьевский пер., 11;  
e-mail: tonokazutoya@bk.ru

### **Аннотация**

Статья представляет собой описание пилотного проекта по профессиональной ориентации и социальной интеграции инвалидов детства. 90 инвалидов, отобранных для участия в программе, прошли психологическое тестирование перед началом программы и в середине программного цикла с целью оценки эффективности программы и коррекции программы при необходимости. Анализ данных тестирования позволил выявить следующие параметры, требующие дополнительного осмысления и соответствующей доработки методики: снижение мотивации у участников программы; усиление агрессии, проявляющееся в увеличении агрессии в общении, завуалированной и открытой жестокости. Выявлено, что факторами, влияющими на социальную адаптацию инвалидов детства, являются общий фактор здоровья и коммуникативная агрессивность, в то время как в выборке неинвалидизированных индивидов к таким факторам относятся уровень субъективного контроля и коммуникативная компетентность. Были выдвинуты гипотезы о том, что преобладание внешнего локуса контроля определяет мировоззренческие установки на избегание ответственности за свою жизнь и восприятия мира как враждебного, что может являться результатом гиперопеки в родительских семьях. Гиперопека в сочетании с внешним локусом контроля приводят к снижению

рефлексивного компонента сознания, стремлению к социальному паразитизму, поощряемому в том числе государственными программами. Трудности, вызванные сменой парадигмы, – от паразитизма и безответственности к принятию на себя трудовых обязательств – приводят к снижению мотивации.

Среди участников программы и их родителей были проведены анкетные опросы и выделены фокус-группы, подтвердившие выдвинутые гипотезы. Программа была откорректирована с учетом полученных результатов.

#### **Для цитирования в научных исследованиях**

Никольская А.В., Назаров А.Л. Психологическая оценка социальной интеграции и адаптации инвалидов в процессе их профессиональной ориентации // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2016. Том 5. № 5А. С. 151-164.

#### **Ключевые слова**

Инвалиды детства, локус контроля, коммуникативная компетентность, самооценка, социальные установки.

## **Введение**

В течение последних 30 лет в мире сложились устойчивые тенденции и механизмы формирования политики в отношении инвалидов, поддержки правительств различных стран в разработке подходов к решению проблем этой социальной группы. В Российской Федерации такие механизмы также существуют, одним из них является особое регулирование трудоустройства инвалидов.

### **Мероприятия, способствующие интеграции инвалидов в социально-профессиональную среду**

Процедура трудоустройства инвалидов имеет свои положительные и отрицательные стороны, а также множество сложностей и особенностей.

С целью интеграции инвалидов в социально-профессиональную среду необходимо проведение определенных мероприятий, способствующих их готовности к работе.

Для реализации этой цели Российский благотворительный общественный фонд «Качество жизни» (далее фонд), основываясь на опыте зарубежных коллег, поставил перед собой задачу разработки программы социально-профессиональной интеграции инвалидов.

Инвалиды, с которыми работает фонд, представляют собой инвалидов детства в возрасте от 20 до 35 лет, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах Москвы. Всего в программе принимают участие 90 инвалидов.

Программа стартовала в марте 2016 года и представляет собой знакомство отобранных участников программы с различными видами профессиональной деятельности на 15 предприятиях – партнерах программы. Инвалидов обучают различным профессиональным навыкам. Каждый участник программы проходит обучение на каждом предприятии, в результате чего по окончании программы участники получают сертификат, удостоверяющий, что они прошли профессиональное обучение под руководством опытных трудовых наставников, что, по замыслу организаторов программы, будет способствовать самостоятельному трудоустройству этих людей на свободном рынке труда.

Кроме того, все участники программы проходят курс психологических тренингов, способствующий улучшению их психоэмоционального состояния и коммуникативных навыков.

### **Результаты психологического тестирования участников программы социально-профессиональной интеграции инвалидов**

Штатные специалисты фонда провели психологическое тестирование всех участников программы перед началом программы, затем тестирование было проведено в середине программного цикла (в сентябре 2016 года). Использовались следующие методики тестирования:

– методика уровень субъективного контроля Л. Эткинда – оценка уровня субъективного контроля над разнообразными ситуациями, степени ответственности человека за свои поступки [Реан, 2001];

– опросник «Индекс общего психического благополучия» К. Рифф является самоопросником, предназначенным измерять аффективные или эмоциональные расстройства, возникающие в связи с заболеванием и снижающие самооценку благополучия [Лепешинский, 2007];

– методика диагностики на мотивацию к успеху Т. Эллера [Розанова, 1999];

– методика диагностики уровня развития рефлексии А.В. Карпова [Карпов, 2003];

– тест коммуникативных умений Л. Михельсона – определение уровня коммуникативной компетентности и качества сформированности основных коммуникативных умений [Психология: тесты..., www];

– тест на определение деструктивных установок в межличностном общении В. Бойко – выявление негативных коммуникативных видов установок личности по отношению к другим людям [там же];

– методика измерения самооценки Т. Дембо-Рубинштейн – измерение самооценки практикантов по шкалам «способности», «характер», «авторитетность», «уверенность в себе», «здоровье», «ум», «красота».

Авторы данной статьи были приглашены фондом в качестве внешних экспертов с целью оценки разрабатываемой программы, осмысления полученных промежуточных данных и необходимой коррекции программы.

Изначально полученные данные, обработанные в программе SPSS, вызвали у авторов значительное недоумение, поскольку устойчиво (по всем тестам) демонстрировали отсутствие каких-либо значимых изменений у испытуемых в результате участия в программе. Не наблюдался даже эффект тестирования [Кэмпбелл, 1980], т. е. нарастание чувствительности испытуемых к тесту под влиянием предварительного тестирования. В процессе знакомства с участниками программы и интервью со штатными специалистами фонда и ведущими тренингов выяснилось, что группа является неоднородной. 20 участников программы (из 90) имеют интеллектуальные и мнестические нарушения. Было принято решение исключить из массива данные этих 20 участников. Это позволило получить осмысливаемую описательную статистику.

Таким образом, группа участников программы была разделена на две подгруппы; интеллектуальны и мнестически сохранные участники и участники с интеллектуальными нарушениями. Далее в тексте будут описаны результаты исследования, проведенного на сохранных участниках программы.

Оценка проводилась методом Т-теста – двухвыборочный t-критерий для зависимых выборок.

Сравнение данных, полученных в результате входного тестирования и тестирования, проведенного в середине осуществления программы, показало:

1. отсутствие статистически значимых различий в изменении рефлексии;
2. снижение мотивации;

3. зависимый стиль общения у участников программы дает тенденцию к незначительному снижению (среднее в начале программы – 10,3, в середине цикла – 9,2). Однако тенденцию к увеличению вместо ожидаемого снижения показывает уровень агрессивности в общении. То есть нарастает раздражение, категоричность суждений, негативизация оценок людей и событий;

4. при общей тенденции повышения уровня субъективного контроля это повышение достигается за счет шкалы интернальности в области достижений и шкалы интернальности в семейных отношениях. Остальные шкалы (интернальность в области неудач, производственных отношений, межличностных отношений, здоровья) не дают значимых различий. Вероятно, эта тенденция объясняется тем, что участники программы начинают осознавать свои возможности в плане потенциального трудоустройства, что, в свою очередь, заставляет их чувствовать себя значимыми в семье. При этом тенденция винить внешние силы в неудачах, проблемах в производственных отношениях и наличии инвалидности сохраняется;

5. выявлены улучшения по индексу общего психического благополучия. При этом возрастание общего уровня психического благополучия происходит главным образом за счет возрастания показателей эмоционального благополучия и жизненной энергии, в то время как показатели тревоги, депрессии и показатель общего здоровья не выявляют статистически значимых различий.

Проведенный факторный анализ при помощи метода «главных компонент» позволил сделать вывод, что психологическими факторами, влияющими на социальную адаптацию,

в данной группе испытуемых являются общий фактор здоровья, а также коммуникативная агрессивность, завуалированная и открытая жестокость, определяющие поведение индивидов данной группы в социуме.

Полученные данные поставили перед разработчиками вопрос о том, какие факторы являются детерминирующими для социальной адаптации индивидов, не имеющих инвалидизирующих диагнозов.

Была набрана контрольная группа «нормы» из 30 человек, не имеющих инвалидности, которые прошли ту же процедуру тестирования. Сравнительный анализ контрольной и экспериментальной групп позволил получить следующие результаты:

– среднее значение общего индекса психологического благополучия в контрольной группе (группа нормы) составляет 81, в экспериментальной группе (интеллектуально сохранные инвалиды) – 70;

– среднее значение уровня субъективного контроля в группе нормы составляет 52, в группе сохранных инвалидов – 17;

– среднее значение уровня рефлексии в группе нормы составляет 5, в группе инвалидов – 3;

– среднее значение коммуникативной компетентности в группе нормы – 20, в группе сохранных инвалидов – 15;

– среднее значение коммуникативной агрессии в группе нормы – 1, в группе сохранных инвалидов – 3;

– среднее значение коммуникативной зависимости в группе нормы – 6, в группе сохранных инвалидов – 11;

– среднее значение завуалированной жестокости в общении в группе нормы – 7, в группе сохранных инвалидов – 18;

– среднее значение открытой жестокости в общении в группе нормы – 13, в группе сохранных инвалидов – 37.

Остальные параметры (в том числе, параметр мотивации к успеху) не имеют статистически значимых различий в экспериментальной и контрольной группах.

Однако наблюдается следующая закономерность. В группе инвалидов присутствует зависимость уровня психического благополучия и мотивации, а также уровня психического благополучия и коммуникативной компетентности: чем выше общий индекс психического благополучия, тем выше мотивация и коммуникативная компетентность. В то же время в группе нормы мотивация коррелирует с рефлексией, чем выше мотивация к успеху, тем выше уровень рефлексии, и чем выше уровень субъективного контроля, тем ниже коммуникативная зависимость и выше коммуникативная компетентность.

Факторный анализ, позволяющий выявить факторы, определяющие социальную адаптацию нормальных (не инвалидизированных) респондентов, в качестве

доминирующих факторов выявил уровень коммуникативной компетентности и субъективного контроля.

Факторный анализ результатов тестов Дембо-Рубинштейн на самооценку выявил различия в восприятии себя сохранными инвалидами и условно-нормальными респондентами. Так, в обеих группах выделяются две значимые (по критерию модуля собственных значений выше 1) компоненты, объясняющие около 64,9% дисперсии исходных переменных у инвалидов и 74,6% – в группе нормы. Анализ матрицы повернутых компонент показывает, что первый по значимости фактор (объясняет у инвалидов около 43,9% дисперсии, у нормы – 58,4%) для обеих групп включает почти одинаковый набор качеств – ум, способности, авторитет. Однако для инвалидов в первый фактор входит и красота, тогда как испытуемые контрольной группы включают в наиболее значимые собственные характеристики характер. Таким образом, для инвалидов, по сравнению с нормой, более важное значение имеет в оценке самих себя красота и здоровье (входит во второй, объясняющий порядка 20% дисперсии, фактор), тогда как норма ставит в приоритет характер. И у нормы, и у инвалидов собственная оценка уверенности в себе является вторым по значимости фактором, определяющим самооценку, однако у инвалидов уверенность в себе объединяется со здоровьем, а у нормы – с красотой. При этом средний уровень оценки собственного здоровья у участников экспериментальной группы составляет 51,3%, в то время как у нормы – 71,4% (самое значительное различие среди всех составляющих самооценки).

Таким образом, результаты статистического и факторного анализов данных позволили выявить следующие параметры, требующие дополнительного осмысления и соответствующей доработки методики:

1. снижение мотивации у интеллектуально и мнестически сохранных участников программы;

2. усиление агрессии, проявляющееся в увеличении агрессии в общении, завуалированной и открытой жестокости;

3. фактор общего здоровья и фактор общей враждебности (агрессии) являются детерминантами, определяющими социальную адаптацию интеллектуально сохранных инвалидов, в то время как в контрольной группе (респонденты, не имеющие инвалидности) такими факторами являются внутренний локус контроля (уровень субъективного контроля) и коммуникативная компетентность;

4. максимальное различие средних значений (приблизительно в три раза) в показателях экспериментальной и контрольной групп наблюдается в уровне субъективного контроля (выше в контрольной группе), уровне коммуникативной агрессии и уровне открытой жестокости в общении (выше в экспериментальной группе);

5. для участников экспериментальной группы в оценке себя приоритетное значение имеют здоровье и красота, для участников контрольной группы – характер.

## Гипотезы, выдвинутые по результатам проведенных психологических тестов и их проверка

Анализ выявленных параметров привел к выдвижению следующих гипотез.

1. Среди интеллектуально сохранных инвалидов преобладает внешний локус контроля, определяющий их мировоззрение. Суть этого мировоззрения сводится к снятию с себя ответственности за свою жизнь и перекладыванию этой ответственности на других людей и обстоятельства. Эта гипотеза, в частности, подтверждается включением красоты как приоритетного фактора самооценки. Красота – внешний фактор, как правило, наследуемый. В то время как характер (по крайней мере, внешние его проявления) в значительной степени могут быть контролируемы самим индивидом, и в этом смысле характер является объектом внутреннего локуса контроля.

2. Внешний локус контроля заставляет индивидов из экспериментальной группы воспринимать мир как враждебный, что подтверждается усилением общего уровня агрессии в общении. Враждебное окружение заставляет занимать оборонительную позицию, что приводит к выраженному проявлению проективной идентификации и возникновению «замкнутого круга враждебности». Эта гипотеза, в частности, объясняет и более низкие, по сравнению с нормой, показатели рефлексии среди участников экспериментальной группы, и отсутствие изменений в показателях рефлексии по мере прохождения программы.

3. Восприятие мира как враждебного, по всей вероятности, является результатом гиперопеки в родительской семье.

4. Гиперопека в сочетании с внешним локусом контроля приводят к снижению рефлексивного компонента сознания, снятию с себя ответственности за собственную жизнь, стремлению к социальному паразитизму, поощряемому в том числе государственными программами.

5. Если верна четвертая гипотеза, то снижение мотивации может быть объяснено необходимостью выполнять трудовые обязательства и трудностями, вызванными сменой парадигмы – от паразитизма и безответственности за свое будущее к принятию на себя ответственности и трудовых обязательств.

6. С целью проверки первой и второй гипотез методом случайного назначения была выбрана группа из интеллектуально и мнестически сохранных участников программы, состоящая из десяти человек. Согласно критериям, определяющим повышение социальной адаптивности среди этой когорты, изначально были выбраны уровень эмпатии, уровень эмоциональной стабильности, коммуникативная компетентность, которые, как предполагалось, будут влиять на развитие мотивированности, рефлексивности и ответственности. Данные анализа, однако, продемонстрировали, что уровень рефлексии в этой группе не меняется, коммуникативная компетентность усиливается за счет незначительного снижения зависимости в общении, но продолжает быть нарушенной за счет усиления агрессивного

компонента коммуникации. Усиление агрессии, в свою очередь, подразумевает, что уровень эмоциональной стабильности нарушен. Поэтому было решено радикально изменить метод и стиль ведения тренингов с гуманистической парадигмы, которой придерживались тренеры (см, например, [Каварсавский, 1990]), на когнитивно-поведенческую, с изменением комплементарного стиля на директивный в духе терапии реальности по Глассеру (reality therapy) [Holmes, 2008; Klug, 2006; Prenzlau, 2006].

В выбранной группе было проведено три занятия с применением когнитивно-поведенческой терапии по Глассеру. Изначально планировалось поднять на обсуждение следующие вопросы: ответственность за свою жизнь и свое будущее; жалость к инвалидам в обществе, социальное иждивенчество. Однако на первом тренинге остро встал вопрос о базовом недоверии к миру, демонстрируемом инвалидами. Причем в процессе беседы было выявлено, что базовое недоверие усвоено на уровне интернализированной установки, а не на основании личного негативного опыта, что подтвердило гипотезу о наличии гиперопеки в родительских семьях, где инвалидов излишне опекают с детства, одновременно внушая им, что они неспособны быть такими, как остальные люди, и выдвигая базовое положение: «ты слаб, ты не такой, тебя могут дразнить и обижать».

Соответственно, тема доверия стала ключевой во время первого тренинга и проходила красной нитью в течение последующих двух пробных тренингов. Одновременно, в процессе ролевой игры, была поднята тема социального иждивенчества. Ролевая игра выявила у инвалидов установку на приоритет долга общества по отношению к ним. Суть этой установки заключается в том, что не инвалид должен трудиться, чтобы содержать не только себя, но и платить налоги, внося свою лепту в прогресс общества, а общество обязано создать инвалиду максимально льготные условия независимо от того, как он трудится и готов ли он к труду. В этом смысле даже полученное многими индивидами из данной когорты образование (высшее или среднее специальное) рассматривается ими как способ развития собственной личности, а не как подготовка к активной трудовой деятельности. Мысль о том, что работодатель прежде всего заинтересован в выполнении работы, а не в осуществлении благотворительной деятельности по отношению к своим сотрудникам, что инвалид, устраиваясь на работу, должен продемонстрировать работодателю, что он способен выполнять работу в рамках той должности, на которую он претендует, не осознается инвалидами.

Наконец, важно было добиться осознания участниками тренинга, что не только общество (здоровые люди) должно помогать им, но и они должны помогать людям. Идея бескорыстной помощи другим, помощи, которая приносит удовлетворение помогающему, способствует установлению в его сознании собственного образа как образа активного деятеля, а не пассивного потребителя. Укоренившись, такая идея будет способствовать формированию внутреннего локуса контроля (я – творец того, что происходит в моей жизни).

Безусловно, изменить внутренние иррациональные установки, сформировавшиеся годами, за шесть часов тренинга нельзя. Однако удалось добиться того, что иррациональность



этих установок была выведена в сознательный план, что, в свою очередь, позволило авторам провести дискуссию, оспаривающую правильность подобных установок и как минимум вызвать среди участников тренинга сомнение в них.

По окончании трех пробных тренингов участники были проинтервьюированы на предмет того, какая форма ведения тренингов им понравилась больше и какие темы они хотели бы обсудить в будущем.

Все десять участников сказали, что новая форма ведения тренингов им нравится больше, поскольку она «более динамичная», «можно учиться на своих ошибках, я узнал, почему проваливался на собеседованиях при приеме на работу», «понравилось, что ведущие тренинга показали, как мы пытаемся шантажировать работодателя своей болезнью, чтобы получить работу». Наконец, было даже высказывание «новая форма ведения тренингов более комфортна», хотя поднимаемые темы были болезненны и заставляли участников посмотреть на себя со стороны.

Пожелания участников сводились к тому, что им необходима такого рода прямая обратная связь, когда ведущий тренинга и другие участники прямо говорят о том, как поведение индивида воспринимается со стороны и какую ответную реакцию оно вызывает.

В целом, гипотезы об интернализированном враждебном отношении к миру и стремлении к снятию с себя ответственности за свою жизнь и свое будущее были подтверждены на примере этих десяти случайно назначенных участников программы из группы интеллектуально и мнестически сохранных инвалидов.

С целью проверки четвертой и пятой гипотез методом случайного назначения были отобраны две фокус-группы [Белановский, 1996] (всего 20 участников), где в одну группу набирались интеллектуально сохранные индивиды в возрасте до 25 лет, в другую группу – интеллектуально сохранные индивиды в возрасте от 30 до 35 лет. Дополнительное требование к участникам фокус-групп – проживание вместе с родителями. Перед авторами стояла задача выявить, какая возрастная группа является более социально адаптивной для самостоятельного выживания – более молодая (родительская гиперопека менее длительна по времени в силу возраста инвалидов) или более возрастная (родители стареют, и инвалид в большей степени вынужден заботиться о себе).

В ходе фокус-групп обсуждались вопросы о том, какая работа нравится, какая нет и почему, а также был поднят вопрос о том, как респонденты видят свое будущее после смерти родителей. В молодежной фокус-группе большинство респондентов отметило, что им понравилась работа в хостеле, *поскольку там оставалось много свободного времени*. При том, что восемь из десяти респондентов декларируют необходимость трудоустройства, ни один из них не выразил пожелания пойти работать прямо завтра, если бы ему представилась такая возможность.

Пять человек рассчитывают после смерти родителей на помощь со стороны других родственников либо будущих супругов «я уже пытаюсь создать семью», «надо найти

спутницу жизни, если что – она поможет», три человека считают, что сумеют справиться самостоятельно, два человека предпочитают не думать о том, что с ними будет после того, как родителей не станет.

В фокус-группе среднего возраста респонденты отметили, что им понравилась работа на большинстве предприятий, где они проходили практику. Во многих случаях, когда работа не понравилась, это было связано не с внешними факторами (такими, как транспортное неудобство) и не с тем, что работа показалась скучной, а с факторами, присущими непосредственно той трудовой деятельности, которую приходилось выполнять: «мне трудно работать с людьми», «у меня не получается вязать», «роспись игрушек – это не мое, я совсем не умею рисовать», «трудно работать с пожилыми людьми, много капризов, жалоб на пустом месте» и т. д. Как и в молодежной фокус-группе все участники декларируют необходимость дальнейшего трудоустройства, однако четыре человека пока не видят для себя интересных перспектив, предлагаемых программой.

Таким образом, гипотезу о стремлении к иждивенчеству и социальному паразитизму, поощряемому родительской гиперопекой, можно считать подтвержденной на примере двух исследованных фокус-групп. Фокус-группы также выявили невысокую мотивацию к трудоустройству у значительного числа участников при стопроцентном декларировании необходимости трудоустройства в будущем. Однако пока инвалиды не просто рассчитывают на помощь, но *получают* помощь от родителей и государства, их мотивация к существенной смене образа жизни остается в целом низкой.

С целью проверки третьей гипотезы все участники программы и их родители были проанкетированы.

Так на вопрос «*Как Вы относитесь к прохождению практики / прохождению практики Вашим сыном / дочерью?*» ответили положительно 82% родителей и 72% участников программы.

На вопрос «*Если Вы относитесь к прохождению практики отрицательно, то почему?*» и родители, и участники программы ответили, что она не приводит к трудоустройству.

На вопрос «*Пытаетесь ли Вы мотивировать сына / дочь продолжать прохождение практики?*» 82% родителей ответили положительно, 18% заявили, что мотивировали бы ребенка, если бы за прохождение практики хорошо платили.

На вопрос «*Считаете ли Вы, что государство делает достаточно для организации Вашего жизнеобеспечения / жизнеобеспечения Вашего сына / дочери?*» 76% родителей и 68% участников программы ответили, что государство делает недостаточно. Инвалиды, считающие, что государство делает для них недостаточно, среди того, что еще необходимо, отмечают *ровно то же, что указано в анкете их родителей* (анкеты рассматривались пофамильно, в анкете родителей просили указать ФИО ребенка).

На вопрос к участникам программы «*Согласились бы Вы выйти на постоянную работу в какую-либо из тех организаций, где Вы проходили практику?*» положительно ответили

52% респондентов, отрицательно – 48% респондентов. В качестве причины неготовности выйти на работу указывается маленькая зарплата.

Результаты анкетирования подтверждают гипотезу о родительской гиперопеке, а также выявленную в процессе пробных тренингов установку на приоритет долга общества перед инвалидами. Очевидно, что эта установка также усвоена в родительской семье (ответы на вопрос о том, что еще государство должно сделать для инвалида). Как уже упоминалось, в процессе пробных тренингов сама постановка вопроса о том, что инвалид должен (и может) сделать для общества, государства, других (здоровых) людей приводит интеллектуально сохранных участников программы в замешательство.

### Заключение

На основании полученных от участников программы, их родителей и работодателей статистических данных, факторного анализа, анкетирования, фокус-группового интервьюирования, пробного тренинга были выявлены аспекты, не учтенные на этапе разработки программы и требующие ее корректировки, а именно:

1. было принято решение отказаться от тестирования участников программы с интеллектуальными и мнестическими нарушениями и отслеживать динамику их социальной и профессиональной адаптации при помощи экспертных оценок, сделанных на основании утвержденных критериев;

2. принято решение отказаться от тестирования интеллектуально сохранных участников программы на уровень рефлексии, так как в случае инвалидов он не является ведущим фактором, определяющим социальную адаптацию;

3. необходимо проведение разъяснительных бесед с родителями, в ходе которых можно было бы попросить родителей о помощи, которая представляется разработчикам в виде бесед родителей с участниками программы о необходимости принятия ответственности за свою жизнь, особенно когда родители не смогут оказывать им поддержку;

4. необходимо изменение формата и стиля тренингов для интеллектуально сохранных участников программы, в процессе которых будут учитываться основные сложности социальной адаптации инвалидов, выявленные в процессе анализа.

### Библиография

1. Белановский С.А. Метод фокус-групп. М.: Магистр, 1996. 269 с.
2. Каварсавский Б.Д. (ред.) Групповая психотерапия. М.: Медицина, 1990. 383 с.
3. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методики ее диагностики // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 5. С. 45-57.

4. Кэмпбелл Д. Эксперименты и квазиэксперименты // Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях. М., Прогресс, 1980. С. 34-48.
5. Лепешинский Н.Н. Адаптация опросника «Шкала психологического благополучия» К. Рифф // Психологический журнал. 2007. № 3. С. 24-37.
6. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности. СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2001. 221 с.
7. Розанова В.А. Методика диагностики мотивации к достижению успеха Т. Элерса // Психология управления. М.: Бизнес-школа «Интел-Синтез», 1999. С. 105-106.
8. Психология: тесты, тренинги, словарь, статьи. URL: <http://azps.ru/tests/5/mihelson.html>
9. Holmes T. Using reality therapy to influence health behaviors: childhood obesity // International journal of reality therapy. 2008. No. 28 (1). P. 78-80.
10. Klug K. Applying choice theory and reality therapy to coaching athletes // International journal of reality therapy. 2006. No. 25 (2). P. 36-39.
11. Prenzlau S. Using reality therapy to reduce PTSD-related symptoms // International journal of reality therapy. 2006. No. 25 (2). P. 23-29.

## **Disabled people social integration and adaptation during their career counseling: the psychological aspect**

**Anastasiya V. Nikol'skaya**

Doctor of Psychology, Docent,  
Department of psychology,  
Moscow State University of Design and Technology,  
117997, 33 Sadovnicheskaya st., building 1, Moscow, Russian Federation;  
e-mail: tonokazutoya@bk.ru

**Aleksei L. Nazarov**

PhD in Mathematics, Docent,  
Department of Further Mathematics,  
Independent University of Moscow,  
119002, 11 Bol'shoi Vlas'evskii lane, Moscow, Russian Federation;  
e-mail: tonokazutoya@bk.ru

### **Abstract**

This article describes a pilot project aimed to career counselling and social integration for people disabled since childhood. 90 disabled persons have been selected for the program.

They had to undergo psychological testing just before the program and then in the middle of the program cycle; the second testing was necessary to evaluate the effectiveness of our work and to correct something if necessary. The psychological testing has shown the following tendencies requiring further analysis and requiring correcting our methods: a decrease of motivation among the participants; strengthening of aggression, both hidden aggression and explicit cruelty. The authors have discovered that the social adaptation of the persons disabled since childhood depends on two main factors: the general level of health and the level of aggressiveness in communication; however in the case of not disabled persons the social adaptation depends on two other factors: the level of self-control and communicative competence. The authors have hypothesized that the persons disabled since childhood share two features of their world view: they avoid responsibility for their lives and they believe that the world is hostile; both these creeds may be the result of overprotection in the parents' families. Both the overprotection and the external locus of control lead to the reduction of reflection, to the pursuit of social parasitism, the latter is, unfortunately, supported by the state. It is difficult to change the paradigm: to replace social parasitism and lack of responsibility with responsible labour practices. This is why we observe the lack of motivation among such people.

The authors have examined both the children and their parents, the relevant questionnaires have been used; moreover, there have been established focus groups, and, after all, the initial hypothesis has been confirmed. The methods have been corrected to meet the requirements of the results discovered.

### For citations

Nikol'skaya A.V., Nazarov A.L. (2016) Psikhologicheskaya otsenka sotsial'noi integratsii i adaptatsii invalidov v protsesse ikh professional'noi orientatsii [Disabled people social integration and adaptation during their career counseling: the psychological aspect]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 5 (5A), pp. 151-164.

### Keywords

Disabled since childhood, locus of control, communicative competence, self-image, social attitudes.

### References

1. Belanovskii S.A. (1996) *Metod fokus-grupp* [The methodology of focus groups]. Moscow, Magistr Publ.
2. Campbell D.Th. (1980) *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Wadsworth Publishing (Russ. ed.: Kempbell D. Eksperimenty i kvaziekperimenty. In: *Modeli ek-*

- sperimentov v sotsial'noi psikhologii i prikladnykh issledovaniyakh* [Experimental models in social psychology and in applied research]. Moscow, Progress Publ., pp. 34-48.).
3. Holmes T. (2008) Using reality therapy to influence health behaviors: childhood obesity. *International journal of reality therapy*, 28 (1), pp. 78-80.
  4. Karpov A.V. (2003) Refleksivnost' kak psikhicheskoe svoistvo i metodiki ee diagnostiki [Self-reflection ability and the methods of its diagnostics]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychology Journal], 24 (5), pp. 45-57.
  5. Kavarsavskii B.D. (ed.) (1990) *Gruppovaya psikhoterapiya* [Group psychotherapy]. Moscow: Meditsina Publ.
  6. Klug K. (2006) Applying choice theory and reality therapy to coaching athletes. *International journal of reality therapy*, 25 (2), pp. 36-39.
  7. Lepeshinskii N.N. (2007) Adaptatsiya oprosnika "Shkala psikhologicheskogo blagopoluchiya" K. Riff [Adaptation of Carol Ryff's psychological well-being scale]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychology Journal], 3, pp. 24-37.
  8. Prenzlau S. (2006) Using reality therapy to reduce PTSD-related symptoms. *International journal of reality therapy*, 25(2), pp. 23-29.
  9. *Psikhologiya: testy, treningi, slovar', stat'i* [Psychology: tests, trainings, dictionary, articles]. Available at: <http://azps.ru/tests/5/mihelson.html> [Accessed 13/05/2016].
  10. Rean A.A. (2001) *Prakticheskaya psikhodiagnostika lichnosti* [Person: practical psychodiagnostics]. Saint Petersburg: Saint Petersburg State University Publ.
  11. Rozanova V.A. (1999) Metodika diagnostiki motivatsii k dostizheniyu uspekha T. Elersa [T. Elers' method of success motivation assessment]. In: *Psikhologiya upravleniya* [Management psychology]. Moscow: Intel-Sintez Publ., pp. 105-106.