

## **КОММУНИКАТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ПРОЦЕССЕ ИХ ДИАДНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

*Работа представлена кафедрой психологии человека РГПУ им. А. И. Герцена.  
Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор В. Н. Панферов*

*Статья посвящена проблеме изучения коммуникативного поведения здоровых детей дошкольного возраста и детей-инвалидов в процессе их диадного взаимодействия. Отмечено, что такое поведение дошкольников характеризуется многообразием эмоциональных проявлений, обусловленных мотивацией как их взаимного принятия, так и взаимного отторжения. Показано, что после участия детей в специальном коммуникативном тренинге их поведение претерпело существенные изменения. Наиболее значительным фактором этой динамики оказалось возникновение у дошкольников партнерской позиции, составляющими которой были: мотивация к сотрудничеству как основа игры, стратегия сотрудничества как своеобразного разделения труда и активная вербальная коммуникация, знаменовавшая собой возникновение подлинного диалога между детьми. Подобные реакции*

рассматриваются в качестве основы для эффективной интеграции больных детей в общество как фактора важнейшей морально-этической ценности на современном, чрезвычайно противоречивом этапе развития социума.

**Ключевые слова:** коммуникативное поведение, диадное взаимодействие, интеграция, диалог, невербальные и вербальные проявления поведения, сопротивление взаимодействию, партнерская позиция во взаимодействии, мотивационная основа игры, сотрудничество, активная вербальная коммуникация.

*E. Belan*

## COMMUNICATIVE BEHAVIOUR OF HEALTHY PRESCHOOL CHILDREN AND HANDICAPPED ONES IN THE PROCESS OF THEIR DYADIC COMMUNICATION

*The paper is devoted to the study of communicative behaviour of healthy preschool children and handicapped ones in the process of their dyadic communication. This behaviour of preschool children is characterised by the variety of emotional expressions conditioned by the motivation both of their mutual favour and of mutual dislike. The author shows that after the children's participation in a special communicative training their behaviour has undergone considerable changes. The most important factor of that dynamics was the forming of the children's partnership position, whose components included: the motivation for partnership as a game's basis, a strategy of partnership as an original division of labour and active verbal communication, which signalled the origin of a real dialogue among children. These reactions are considered as a basis for an effective integration of handicapped children into society as a factor of the important moral and ethical value at the extremely contradictory modern stage of society's development.*

**Key words:** communicative behaviour, dyadic communication, integration, dialogue, nonverbal and verbal expressions of behaviour, resistance to interaction, partnership position in interaction, motivational basis of a game, partnership, active verbal communication.

В современной российской системе специального образования получают распространение инновационные подходы комплексной медико-психолого-педагогической работы с аномальными детьми. Одним из актуальных направлений подобной инновационной деятельности исследователей является разработка и реализация моделей интеграции детей с особыми потребностями в среду здоровых детей [5, с. 12].

Как свидетельствует многолетний опыт зарубежных исследователей, к положительным аспектам интеграционного подхода следует отнести прежде всего тот факт, что ребенок-инвалид не изолирован от среды здоровых детей. В свою очередь, нормально развивающиеся дети учатся воспринимать его как равного. Диалог между здоровыми детьми и детьми-инвалидами некоторые авторы рассматривают как важный социально-психологический механизм интеграции общества будущих поколений [4, с. 55], поскольку активность людей с особыми потребностями «служит для слабеющей социальности источником дополнительной энергии» [1, с. 79].

В России до сих пор почти не проводилось исследований взаимодействия детей, имеющих те или иные нарушения в развитии, и их здоровых сверстников [6, с. 234]. Поэтому изучение тех социально-психологических феноменов, которые возникают во взаимодействии детей с особыми нуждами и здоровых детей, на современном этапе развития интеграционного подхода является актуальным.

Целью настоящего исследования явилось изучение проявлений коммуникативного поведения здоровых детей и детей-инвалидов в процессе их диадного взаимодействия. Объектом исследования были 53 ребенка. Из них: 44 здоровых ребенка старшего дошкольного возраста и 9 детей, имеющих нарушения в физическом и психическом развитии. В анамнезе последних отмечалась выраженная патология пренатального, натального или раннего постнатального периодов развития (те или иные формы детского церебрального паралича различных степеней тяжести, задержка интеллектуального развития, нарушения поведения). В связи с указанными нервно-психическими нарушениями все 9 испытуемых состояли на

учете в психоневрологическом диспансере и являлись «инвалидами детства».

Изучение коммуникативного поведения детей осуществлялось в три этапа: первый этап был диагностическим, второй – коррекционно-развивающим, третий – оценочным. На первом и третьем этапах проводилось наблюдение за невербальными и вербальными проявлениями в поведении испытуемых в условиях их диадного взаимодействия. На втором этапе был осуществлен коммуникативный тренинг, в котором участвовали дети-инвалиды и 21 здоровый ребенок. Эти здоровые дошкольники составили экспериментальную группу. Остальные здоровые дети – 23 человека – представляли собой контрольную группу и не принимали участия в коммуникативном тренинге со сверстниками-инвалидами.

Программа тренинга была рассчитана на 5–7 сессий длительностью по 15–30 минут, проводимых 1 раз в неделю с каждой парой детей. В занятиях были использованы элементы различных направлений психокоррекции: игровой коррекции поведения, изотерапии, песочной терапии, психогимнастики и телесно-ориентированной терапии. Лейтмотивом всех занятий была тема сопереживания, дружбы, помощи и взаимопомощи, а ролями, имеющими наибольший корректирующий эффект, оказывались роли «спасателя-помощника» и «спасаемого».

В качестве ключевого диагностического метода была применена «Карта наблюдения за невербальным и вербальным поведением детей в диадном взаимодействии», разработанная Е. Е. Белан и С. Т. Посоховой [3, с. 91]. Данная карта позволяет комплексно оценивать поведение каждого из детей, участвующих в диадном взаимодействии, по ряду невербальных и вербальных показателей. В числе невербальных показателей были: мимические проявления эмоций, особенности визуального контакта, проявления жестикюляции, просодики, такесики, проксемики; в числе вербальных: проявления, свидетельствующие о вопросно-ответной коммуникации между партнерами, об их единении или, напротив, ориентации каждого из детей на самого себя в процессе диадного взаимодействия.

Процедура обследования детей на диагностическом и оценочном этапах была следующей. Дошкольникам каждой диады предлагалось общее задание. Задания подбирались таким образом, чтобы они были интересны здоровым детям и в то же время доступны для понимания их сверстникам с ограниченными интеллектуальными и двигательными возможностями. Примерами таких заданий могут быть развивающие игры со сборно-разборными игрушками (матрешками) или детскими конструкторами.

В процессе исследования было изучено 480 карт, отражающих особенности поведения здоровых детей и детей-инвалидов в диадном взаимодействии. Для обобщения данных проведенного наблюдения был применен метод факторного анализа. Его результаты отражены в табл. 1, из которой видно, что коммуникативное поведение здоровых детей и детей-инвалидов представляло собой довольно пеструю картину. Однако при этом проявились определенные закономерности, выразившиеся в том, что в экспериментальной группе коммуникативное поведение здоровых детей, взаимодействовавших с детьми-инвалидами, после тренинга претерпело существенные изменения.

До тренинга, на диагностическом этапе исследования, в коммуникативном поведении здоровых дошкольников, взаимодействовавших с больными детьми, в равной мере отмечались две тенденции: сопротивление этому взаимодействию, а также позитивная коммуникативная направленность по отношению к партнеру. О сопротивлении свидетельствовали эмоции обиды и недовольства, движения корпуса ребенка по направлению от партнера, агрессивные жесты, крики, а также увеличение расстояния между детьми во время взаимодействия. Проявления позитивной направленности в коммуникации – устремленность взгляда ребенка и его корпуса в сторону партнера, коммуникативные жесты, прикосновения, а также словесное стимулирование партнера к действиям и оценка его действий, – по-видимому, свидетельствовали о том, что в сложном комплексе противоречивых эмоций, характеризовавших отношение здоровых детей к их

**Проявления коммуникативного поведения здоровых детей и детей-инвалидов в процессе их диадного взаимодействия (по данным факторного анализа)**

| Дети  | Группы здоровых детей | Проявления коммуникативного поведения детей          |  |
|---|-----------------------|--|--|
|   |                       | на диагностическом этапе                             | на оценочном этапе                                       |
| Здоровые<br>(во взаимодействии с детьми-инвалидами) | Экспериментальная     | Сопrotивление взаимодействию<br>(5,287)              | Партнерская позиция во взаимодействии<br>(7,76)          |
|   |                       | Позитивная коммуникативная направленность<br>(5,281) | Избегание взаимодействия<br>(3,072)                      |
|   | Контрольная           | Сопrotивление взаимодействию<br>(4,266)              | Сопrotивление взаимодействию<br>(5,308)                  |
|   |                       | Позитивная коммуникативная направленность<br>(4,189) | Эмоциональное напряжение<br>(3,813)                      |
| Инвалиды<br>(во взаимодействии со здоровыми детьми) | Экспериментальная     | Избегание взаимодействия<br>(4,645)                  | Партнерская позиция во взаимодействии<br>(4,745)         |
|   |                       | Игнорирование партнера<br>(4,356)                    | Эмоциональная вовлеченность во взаимодействии<br>(3,752) |
|   | Контрольная           | Избегание взаимодействия<br>(4,119)                  | Избегание взаимодействия<br>(3,661)                      |
|   |                       | Позитивная коммуникативная направленность<br>(3,711) | Сопrotивление взаимодействию<br>(3,550)                  |

большим сверстникам, значительное место, безусловно, занимал интерес.

Относительно детей-инвалидов следует отметить, что до тренинга в ситуации диадного взаимодействия наиболее частыми поведенческими реакциями у них были избегание контакта с партнером – здоровым сверстником или полное его игнорирование. Такие реакции детей-инвалидов проявлялись усилением их аутостимуляции, уклонением от партнера, взглядом в сторону и, наконец, просто молчанием в ответ на вербальную инициативу здорового ребенка.

Что касается оценочного этапа, после тренинга, то в поведении как здоровых детей, так и детей-инвалидов наблюдалась существенная динамика. Важно подчеркнуть, что наиболее

значительным фактором этой динамики оказалось возникновение у детей *партнерской позиции*. Очевидно, что последняя как «мотивационная основа игры» [2, с. 139] стала результатом коррекционно-развивающих занятий, проводившихся в соответствии с программой тренинга. На основе этой позиции возникало *сотрудничество* детей, приводившее к своеобразному разделению труда: здоровый ребенок побуждал сверстника-инвалида к выполнению посильных для больного ребенка действий, оставляя для себя действия более сложные и трудные. Наконец, партнерская позиция формировалась во взаимодействии детей как результат их *активной вербальной коммуникации*, знаменовавшей собой возникновение подлинного *диалога*. Инициатива

при этом, конечно, принадлежала здоровым дошкольникам. Но и дети-инвалиды старались принимать в диалоге активное участие – каждый в соответствии с уровнем развития его речевой функции.

Обсуждая диадные взаимодействия, в которых, с одной стороны, участвовали дети-инвалиды, а с другой – здоровые дети контрольной группы, необходимо отметить следующее. На диагностическом этапе картина диадного взаимодействия практически была аналогична таковой, наблюдавшейся в диадах с участием детей экспериментальной группы. Однако на оценочном этапе в поведении как здоровых, так и больных детей обнаружилась существенная динамика. Эта динамика, по сравнению с описанной выше, имела противоположную направленность. В частности, из картины коммуникативного поведения и здоровых детей и детей-инвалидов оказались практически полностью элиминированы позитивно-коммуникативные проявления. При этом взаимодействие характеризовалось отчетливыми признаками эмоционального напряжения. У здоровых детей на это указывали эмоции недовольства, гнева, испуга и презрения, вздохи, направленность взгляда ребенка в сторону от

партнера и движения корпуса «против-вниз». У детей-инвалидов о напряженности свидетельствовали невербальные проявления гнева и агрессии. Очевидно, что подобная динамика, происходившая в отсутствие соответствующего тренинга, стала результатом неподготовленности здоровых детей к повторной встрече с их больными сверстниками.

Таким образом, коммуникативное поведение здоровых детей и детей-инвалидов характеризуется многообразием эмоциональных проявлений, обусловленных мотивацией как взаимного принятия, так и взаимного отторжения. Важно подчеркнуть, что при первой встрече с детьми-инвалидами у здоровых детей – в пестрой гамме самых разнообразных реакций – отмечаются и такие, которые отчетливо свидетельствуют о безусловном сочувствии здоровых детей своим больным сверстникам. По-видимому, именно эти реакции и составляют тот психоэмоциональный ресурс, на основе которого могут формироваться психолого-педагогические подходы к эффективной интеграции больных и здоровых детей как фактору важнейшей морально-этической ценности на современном, чрезвычайно противоречивом этапе развития общества.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бодрийяр Ж.* В тени молчаливого большинства, или Конец социального. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2000. 96 с.
2. *Изард К. Э.* Психология эмоций / пер. с англ. СПб.: Изд-во «Питер», 1999. 464 с.
3. Психодиагностика: Конспект лекций/ сост. С. Т. Посохова. М.: Изд-во АСТ; СПб.: ООО «Сова», 2004. 156 с.
4. *Форман Н., Праттен А.* Новый подход к обучению детей с особыми потребностями в Великобритании. Дефектология. 1993. № 4. С. 53–59.
5. *Чепурных Е. Е.* Основные подходы к решению проблем обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Основные подходы к решению проблем обучения и воспитания детей с глубокими умственными и множественными нарушениями: материалы Международной научно-практической конференции 12–14 мая 1999 года / отв. ред. Д. С. Шилов. Псков: ПОИПКРО, 2000. С. 3–13.
6. *Шутицына Л. М., Мамайчук И. И.* Детский церебральный паралич. СПб.: Изд-во «Дидактика плюс», 2001. 272 с.

### SPISOK LITERATURY

1. *Bodriy'yar Zh.* V teni molchalivogo bol'shinstva, ili Konets sotsial'nogo. Yekaterinburg: Izd-vo Ural'skogo universiteta, 2000. 96 s.
2. *Izard K. E.* Psikhologiya emotsiy / per. s angl. SPb.: Piter, 1999. 464 s.
3. *Psikhodiagnostika: Konspekt lektсий / sost. S. T. Posokhova.* M.: AST; SPb.: Sova, 2004. 156 s.

4. Forman N., Pratten A. Novy podkhod k obucheniyu detey s osobymi potrebnostyami v Velikobritanii. Defektologiya. 1993. N 4. S. 53–59.

5. *Chepurnykh E. E.* Osnovnye podkhody k resheniyu problem obucheniya i vospitaniya detey s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya // Osnovnye podkhody k resheniyu problem obucheniya i vospitaniya detey s glubokimi umstvennymi i mnozhestvennymi narusheniyami: materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii 12–14 maya 1999 goda / otv. red. D. S. Shilov. Pskov: POIPKRO, 2000. S. 3–13.

6. *Shipitsyna L. M., Mamaychuk I. I.* Detskiy tserebral'ny paralich. SPb.: Izd-vo «Didaktika plyus», 2001. 272 s.