18. *Cheplyaev B. L.* Dopolnitel'noe obrazovanie vzroslyh invalidov // Obrazovanie kak faktor sotsial'noy mobil'nosti invalidov. Saratov: Nauchnaya kniga, 2007. S. 170–178.
19. *Brookfield S. D.* Understanding and Facilitating Adult Learning // A ComprehensiveAnalysis of Principles and Effective Practices. Buckingham; Milton Keynes: Open Univ, Press, 2001.
20. *Jarvis P.* Adult Education and Lifelong Learning // Theory and Practice. London. New York: Routledge Falmer, 2004.

И. П. Волкова, В. З. Кантор

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ В СТРУКТУРЕ ИХ АДАПТАЦИОННО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА

Статья посвящена теоретико-эмпирическому изучению психоэмоциональной сферы инвалидов по зрению в контексте проблемы их социальной адаптации и реабилитации. Представлены результаты проведенного с помощью комплекса методов и психодиагностических методик изучения доминирующих психических состояний, структуры чувств и настроений, причин возможного эмоционального дискомфорта инвалидов по зрению. Выявлена специфика психоэмоциональных состояний, показателей реабилитированности и адаптированности инвалидов по зрению, опосредованная биосоциальными и аномальными факторами (семейный статус, пол, возраст, степень нарушения зрения, время утраты зрения).

Ключевые слова: адаптационный потенциал, инвалиды по зрению, настроения, реабилитация, социальная адаптация, эмоциональные состояния, чувства.

I. Volkova, V. Kantor

PSYCHOEMOTIONAL STATES OF THE VISUALLY IMPAIRED IN THE CONTEXT OF THEIR REHABILITATION AND ADAPTIVE POTENTIAL

The article is devoted to empirical research in the psychoemotional sphere of the visually impaired in the context of their social adaptation and rehabilitation issues. It presents the outcomes of studying the subjects' dominant mental states, the composition of their feelings and moods, and reasons for possible emotional discomfort of the visually impaired. The specifics of psychoemotional states, the degrees of rehabilitation and social adaptation of the visually impaired, mediated by biosocial and anomalous factors (marital status, sex, age, degree of visual impairment, time of loss of vision) are revealed. The results of the research were achieved by means of applying a complex of methods and psychodiagnostic techniques.

Keywords: *adaptation potential, visually impaired, moods, rehabilitation, social adaptation, emotional states, feelings.*

Происходящие в современном обществе социокультурные трансформации обусловливают повышенный интерес исследователей к проблемам адаптации личности, изучению ее адаптационного потенциала [1, 3, 4, 11, 14]. При этом анализ личностного уровня адаптации сопряжен с изучением структурных компонентов личности, в том числе эмоциональной сферы, которая является одним из главных регуляторов поведения человека. Исследователи проблемы адаптации человека подчеркивают особое значение

эмоциональных состояний, которые рассматриваются, с одной стороны, как механизмы, а с другой — как индикаторы успешности приспособления личности к изменениям жизнедеятельности [16]. Нарушения эмоциональной регуляции поведения могут приводить к расстройству адаптации, социально-психологической деформации личности [5, 8].

Особые адаптационные проблемы характерны для инвалидов, испытывающих дефицит психофизиологических и психических возможностей взаимодействия с предметной и социальной средой.

При этом инвалиды по зрению отличаются от других категорий людей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов специфическими проблемами адаптации, связанными с доминированием визуальной составляющей в современной социокультурной среде [3], и даже в их стиле жизни обнаруживаются существенные особенности, значимые в социально-реабилитационном плане [6].

Процесс социальной адаптации инвалидов по зрению является достаточно сложным, а порой и болезненным. Глубокое нарушение зрения, врожденное или приобретенное, влечет за собой ряд негативных изменений в эмоциональной сфере, которая является наиболее чувствительным компонентом общей реакции личности на слепоту. Ослабление адаптационных барьеров у инвалидов по зрению проявляется в расширении спектра стрессовых расстройств, повышенной тревожности. Широкий диапазон фрустрирующих ситуаций, трудности в удовлетворении значимых для человека потребностей вызывают состояние интрапсихического конфликта, препятствуют построению целостного интегративного поведения. Психологическая дезинтеграция в условиях слепоты может приближаться к уровню патологии [2, 9, 10, 12, 15]. При этом негативные психоэмоциональные состояния (депрессивные настроения, стрессы и др.) являются существенным препятствием в плане социальной реабилитации и адаптации лиц с глубокой зрительной патологией.

Между тем в современной специальной психологии ощущается дефицит исследований, предметом которых выступали бы особенности эмоциональной сферы личности инвалидов по зрению, обусловливающие процесс их социальной реабилитации и адаптации.

На восполнение этого пробела и было направлено специальное исследование, проведенное на базе Центра медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению (ЦМСРИЗ) Санкт-Петербурга. В нем в качестве респондентов приняли участие 60 инвалидов по зрению в возрасте от 17 до 60 лет, в том числе тотально слепых — 34 человека, слабовидящих — 26 человек; при этом 36 человек родились слепыми (слабовидящими)*.

В ходе исследования использовался комплекс методов: анкетирование, психодиагностические методы, метод независимой экспертной оценки, методы математической статистики (статистическая достоверность различий в уровневом анализе определялась с помощью *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок, для определения статистически значимых взаимосвязей между переменными применялся коэффициент линейной корреляции Пирсона). Изучение психоэмоциональной сферы инвалидов по зрению осуществлялось посредством комплекса психодиагностических методик, разработанных Л. В. Куликовым (опросник «Определения доминирующего состояния и настроения», опросник «Профиль чувств и настроений» и анкета «Причины эмоционального дискомфорта») [7]. Для изучения субъективных показателей адаптированности использовалась методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса, Р. Даймонда [13]. Независимая экспертная оценка была направлена на определение уровня и показателей реабилитированности инвалидов по зрению — экспертами, в качестве которых выступали преподаватели и психолог ЦМСРИЗ, оценивались специфические показатели реабилитированности инвалидов по зрению:

• умение самостоятельно ориентироваться в пространстве в пределах города, само-

стоятельно вести домашнее хозяйство, следить за своим внешним видом и организовывать свой досуг;

• умение самостоятельно получать информацию из различных источников, умение общаться с людьми, владение тифлотехникой и информационными технологиями;

• успешность выполнения профессиональной (учебной) деятельности, общественная активность, эмоциональное равновесие, принятие себя.

Анализ доминирующих эмоциональных состояний респондентов (опросник «Определения доминирующего состояния и настроения» Л. В. Куликова) показал, что минимальные и максимальные показатели выраженности доминирующих состояний инвалидов по зрению не выходят за пределы нормы. Инвалиды по зрению характеризуются средненормативной выраженностью большинства показателей эмоционального фона — устойчивости, общего уровня активности, жизненного тонуса, спокойствия, напряженности, а также удовлетворенности жизнью и отношения к себе (средний диапазон значений: 40–60 баллов). В целом для инвалидов по зрению характерно преобладание положительного эмоционального тона, оптимистическое отношение к жизненным ситуациям; их отличают субъективное ощущение запаса сил, энергии, уверенность в своих силах и возможностях, отсутствие сильного беспокойства по поводу широкого круга жизненных ситуаций и ожиданий событий с неблагоприятным исходом. И хотя некоторые жизненные ситуации могут оцениваться инвалидами по зрению как неразрешимые, их отвержение отсутствует; в то же время инвалиды по зрению не обнаруживают и особого стремления что-либо изменять в себе, своем поведении для расширения возможностей овладения трудными жизненными ситуациями.

Использование методов статистического анализа полученных эмпирических данных позволило выявить значимые групповые

Таблица 1

Среднегрупповые значения и статистически значимые групповые различия доминирующих психических состояний инвалидов по зрению

Психические состояния	**Степень выраженности дефекта зрения**			
	слабовидящие	**слепые**	***t*-критерий**	***p* <**
активность	52,8	43,9	–2,38	0,01
спокойствие	53,6	47,5	–2,37	0,02
устойчивость	54,7	45,7	–2,38	0,03
удовлетворенность жизнью	53,0	49,9	–2,03	0,05
Психические состояния	**Время потери зрения**			
	слепорожденные	**позднооослепшие**	***t*-критерий**	***p* <**
спокойствие	50,7	49,4	–2,38	0,03
устойчивость	49,9	49,1	–3,15	0,00
Психические состояния	**Пол**			
	мужчины	**женщины**	***t*-критерий**	***p* <**
тонус	45,3	53,8	–3,15	0,00
спокойствие	46,4	54,2	–2,69	0,01
удовлетворенность жизнью	47,9	54,8	–3,23	0,01
Психические состояния	**Возраст**			
	до 35 лет	**старше 35 лет**	***t*-критерий**	***p* <**
активность	53,5	43,5	–2,69	0,01

различия по отдельным показателям доминирующих психических состояний, обусловленные степенью тяжести зрительного дефекта, временем его появления, а также возрастными и половыми характеристиками (таблица 1). Так, для слабовидящих по сравнению со слепыми характерен более высокий уровень активности (p = 0,01), спокойствия (p = 0,03), эмоциональной устойчивости (p = 0,00) и удовлетворенности жизнью в целом (p = 0,05). Слабовидящие проявляют большую активность в решении разных жизненных проблем, они реже испытывают беспокойство, в большей степени уверены в своих силах и возможностях. Для слепорожденных характерны достоверно более высокие показатели активности (p = 0,01), спокойствия (p = 0,03) и эмоциональной устойчивости (p = 0,00) в сравнении с ослепшими, они в большей степени отличаются преобладанием положительного эмоционального тона.

Что касается полового фактора, то женщинам — инвалидам по зрению свойственна более высокая, чем мужчинам, оценка своих функциональных состояний — общего жизненного тонуса (p = 0,00), спокойствия (p = 0,01) и удовлетворенности жизнью (p = 0,01). Что же касается возрастного аспекта, то проявления общей активности достоверно выше (p = 0,01) у инвалидов по зрению в возрасте до 35 лет в сравнении с инвалидами по зрению более старшего возраста, у которых преобладают пессимистическая позиция в разных жизненных ситуациях, неверие в возможность преодоления жизненных трудностей, причины чего правомерно связывать с возрастными изменениями, ухудшением общего самочувствия.

Одним из ярких проявлений личности человека являются его чувства и настроения, имеющие своим содержанием устойчивые отношения к окружающей действительности.

Сфера чувств и настроений инвалидов по зрению в проведенном эксперименте изучалась с помощью опросника «Профиль чувств и настроений» Л. В. Куликова, который позволяет выявить силу и доминирование одной из трех групп чувств — гедонистических, астенических, меланхолических, включенных в регуляцию психического состояния индивида на текущий момент. В соответствии с инструкцией к методике респондентам предлагался перечень чувств, которые оценивались ими по 7-балльной шкале (от 1 балла — очень слабое чувство до 7 баллов — сильно выраженное чувство).

Полученные количественные данные свидетельствуют, что в целом для инвалидов по зрению характерно более сильное переживание прежде всего гедонистических чувств — чувства уверенности (5,5 балл.), радости (4,5 балл.), удовлетворенности (4,7 балл.), чувства интереса (4,2 балл.), спокойствия (4,8 балл.), бодрости (4,4 балл.). В меньшей степени инвалидам по зрению свойственно переживание астенических чувств — растерянности (3,6 балл.), скованности (3,8 балл.), напряжения (3,9 балл.), страха (3,0 балл.), неудовлетворенности собой (3,5 балл.), усталости (3,6 балл.), а также меланхолических чувств — тоски (3,2 балл.), печали (2,4 балл.), грусти (2,6 балл.), разочарования (2,4 балл.), скуки (2,5 балл.).

При этом — согласно результатам математико-статистического анализа (см. таблицу 2) — слепые, с одной стороны, и позднооослепшие — с другой, достоверно чаще по сравнению со слабовидящими и слепорожденными соответственно испытывают напряженность (p = 0,05), неудовлетворенность собой (p = 0,02), страх (p = 0,02), скованность (p = 0,01), растерянность (p = 0,00) и тоску (p = 0,01), т. е. они в большей степени склонны к переживанию астенических и меланхолических чувств. Данная тенденция характерна также для инвалидов по зрению старше 35 лет, которые по сравнению с более молодыми инвалидами по зрению достоверно чаще испытывают неудовлетворенность собой (p = 0,02), бессилие (p = 0,03), страх (p = 0,01), досаду (p = 0,02), скуку (p = 0,03). Таким образом, тотально слепым и позднооослепшим, а также инвалидам по

зрению старше 35 лет свойственно более выраженное субъективное неблагополучие, проявляющееся в переживании неудовлетворенности собой, растерянности, признаках депрессивного меланхолического состояния. В то же время важно то, что выявленные у инвалидов по зрению негативные чувства — астенические и меланхолические — характеризуются средней степенью выраженности. При этом подобные негативные переживания, зафиксированные в момент проведения эксперимента, в принципе могут быть закономерной реакцией инвалидов на возникшие жизненные трудности и обстоятельства, в том числе связанные с потерей зрения, и следовательно, они потенциально преодолимы в процессе социальной реабилитации.

Между тем результаты изучения объективных причин эмоционального дискомфорта (анкета «Причины эмоционального дискомфорта») свидетельствуют, что наибольшее беспокойство инвалиды по зрению испытывают по поводу низкого материального уровня жизни, обстановки в стране, существующей дискриминации со стороны социального окружения, а также проблем с родителями и перегруженности семейными обязанностями. При этом слепые и позднооослепшие достоверно чаще испытывают эмоциональный дискомфорт из-за проблем социального взаимодействия, отношения со

Таблица 2

Среднегрупповые значения и статистически значимые групповые различия выраженности чувств и настроений инвалидов по зрению

Чувства и настроения	**Степень выраженности дефекта зрения**			
	Слабовидящие	**Слепые**	***t*-критерий**	***p* <**
уверенность	5,55	4,00	–3,23	0,00
напряжение	3,90	4,97	–2,03	0,05
неудовлетворенность собой	2,30	3,57	–2,37	0,02
страх	1,55	3,00	–2,38	0,02
скованность	2,30	3,89	–2,73	0,01
растерянность	1,70	3,63	–3,15	0,00
тоска	1,70	3,20	–2,77	0,01
Чувства и настроения	**Время потери зрения**			
	Слепорожденные	**Позднооослепшие**	***t*-критерий**	***p* <**
уверенность	5,55	4,00	3,23	0,00
напряжение	3,90	4,97	–2,03	0,05
неудовлетворенность собой	2,30	3,57	–2,37	0,02
страх	1,55	3,00	–2,38	0,02
скованность	2,30	3,89	–2,73	0,01
растерянность	1,70	3,63	–3,15	0,00
тоска	1,70	3,20	–2,77	0,01
Чувства и настроения	**Возраст**			
неудовлетворенность собой	2,53	3,70	–2,33	0,02
страх	1,67	3,13	–2,69	0,01
бессилие	1,73	2,73	–2,19	0,03
досада	2,30	3,67	–2,50	0,02
скука	1,80	2,90	–2,18	0,03

стороны окружающих (p = 0,03), а также из-за проблем с начальством (p = 0,02), что свидетельствует о наличии в обществе социально-психологических барьеров, препятствующих социальной адаптации незрячих и связанных с неадекватными представлениями о возможностях инвалидов по зрению, негативными поведенческими установками к ним. Инвалиды по зрению в возрасте старше 35 лет достоверно чаще испытывают переживания из-за проблем с покупками (p = 0,04), что обусловливается редуцированием их психофизического потенциала с возрастом, а также недостаточностью социальной помощи данной категории инвалидов.

Среди субъективных причин эмоционального дискомфорта инвалидов по зрению ведущими являются чувство одиночества, трудности в выборе жизненного пути, самовыражении из-за дефекта зрения. Чувство одиночества беспокоит в большей степени неработающих инвалидов, лиц мужского пола, слепых, а в плане времени потери зрения — позднооослепших. Наличие же работы, расширяя круг общения инвалидов по зрению, обусловливает меньшую интенсивность переживания одиночества; как отмечают сами инвалиды по зрению, загруженность делами не оставляет времени на переживания собственной беспомощности. Слепые, с одной стороны, и позднооослепшие — с другой, достоверно чаще испытывают эмоциональный дискомфорт из-за неудовлетворенности своей работой (p = 0,03) и проблем в личной жизни (p = 0,02). При этом анализ возрастной специфики причин эмоционального дискомфорта свидетельствует, что инвалиды по зрению старше 35 лет достоверно чаще испытывают эмоциональный дискомфорт из-за внутриличностных конфликтов (p = 0,04), проблем в общении (p = 0,02). Женщины чаще испытывают дискомфорт по поводу проблем с работой (p = 0,05), а мужчин достоверно чаще беспокоят трудности с выбором жизненного пути и самореализации (p = 0,04).

Поскольку состояние эмоциональной сферы личности, ее эмоциональное благополучие выступает в качестве одного из показателей эффективности адаптации, важное значение в контексте целевых установок исследования приобрело изучение субъективных показателей адаптированности инвалидов по зрению. Его результаты, полученные с помощью методики К. Роджерса, Р. Даймонда (таблица 3) и отражающие уровневые характеристики социально-психологической адаптированности инвалидов по зрению, показали, что в целом инвалиды по зрению характеризуются средневыраженными тенденциями к принятию себя и других, внутреннему контролю над событиями жизни, эмоционального комфорта и дискомфорта. В то же время инвалиды по зрению не проявляют лидерства в общении, у них редуцирована тенденция к доминированию, выражена зависимость от других людей, ведомость. Использование методов многомерного статистического анализа полученных эмпирических данных позволило выявить значимые групповые различия в характеристиках адаптированности инвалидов по зрению. Так, у слабовидящих, с одной стороны, и слепорожденных — с другой, достоверно выше уровень эмоционального комфорта (p = 0,03), внутреннего контроля (p = 0,01) и стремление к доминированию (p = 0,03), чем обусловливается более высокий общий уровень их адаптированности (p = 0,04).

Анализ половозрастной специфики адаптированности показал, что у женщин уровень ведомости достоверно выше по сравнению с мужчинами (p = 0,03), а у молодежи с патологией зрения по сравнению с инвалидами по зрению старше 35 лет достоверно выше «эмоциональный комфорт» (p = 0,00), «внутренний контроль» (p = 0,02), «принятие других» (p = 0,02), и в целом более высокий показатель общей адаптированности (p = 0,01).

Экспертные оценки показателей реабилитированности осуществлялись по 5-балльной шкале, где: 0 баллов — полная несформированность умения или личностного качества, 1 балл — низкий уровень сформированности, 2 балла — уровень сформирован-

ности ниже среднего, 3 балла — средний уровень сформированности, 4 балла — уровень сформированности выше среднего, 5 баллов — высокий уровень сформированности умения или личностного качества.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в целом у инвалидов по зрению на средне-высоком уровне (4,2–4,5 баллов) развиты умения самостоятельно ориентироваться в пространстве в пределах города, самостоятельно получать информацию из различных источников (чтение по Брайлю, прослушивание аудиокниг и т. п.), следить за своим внешним видом, умение общаться с людьми в непосредственном окружении (семья, работа), умений, обеспечивающих успешное выполнение профессиональной (или учебной) деятельности, владение тифлотехникой, принятие себя и эмоциональное равновесие. На более низком уровне сформированности, по оценкам экспертов, находятся у инвалидов по зрению умения самостоятельно вести домашнее хозяйство, организовывать свой досуг, общаться с незнакомыми и малознакомыми людьми, а также общественная активность.

Использование методов статистического анализа позволило зафиксировать и наличие значимых групповых различий по некоторым показателям реабилитированности. Так, женщины по сравнению с мужчинами лучше ориентируются в пространстве (p = 0,02), владеют умениями самостоятельно вести домашнее хозяйство (p = 0,00), владеют тифлотехникой (p = 0,04). В свою очередь, у молодежи с нарушениями зрения достоверно выше, нежели у инвалидов более старшего возраста, развиты умения самостоятельно получать информацию (p = 0,04), навыки использования тифлотехники и

Таблица 3

Среднегрупповые значения и статистически значимые групповые различия показателей социальной адаптированности инвалидов по зрению**

Показатели адаптивности/ дезадаптивности	**Степень выраженности дефекта зрения**			
	Слабовидящие	**Слепые**	***t*-критерий**	***p* <**
общая адаптивность	102,9	122,0	–2,17	0,03
дезадаптивность	74,2	64,2	–2,03	0,05
эмоциональный комфорт	21,0	24,3	–2,17	0,03
внутренний контроль	38,7	46,2	–2,69	0,01
Показатели адаптивности/ дезадаптивности	**Время утраты зрения**			
	Слепорожденные	**Поздноослепшие**	***t*-критерий**	***p* <**
общая адаптивность	110,6	111,9	–2,19	0,03
дезадаптивность	69,3	70,8	–2,17	0,05
эмоциональный комфорт	23,3	21,0	–2,19	0,03
внутренний контроль	41.0	43,4	–2,69	0,01
Показатели адаптивности/ дезадаптивности	**Возраст**			
	до 35 лет	**старше 35 лет**	***t*-критерий**	***p* <**
общая адаптивность	121,6	100,7	–2,69	0,01
принятие других	34,4	17,8	–2,18	0,03
эмоциональный комфорт	25,4	19,4	–3,15	0,00
внутренний контроль	45,4	38,6	–2,37	0,02
Показатели адаптивности/ дезадаптивности	**Пол**			
			***t*-критерий**	***p* <**
ведомость	14,4	17,1	–2,17	0,03

информационных технологий (p = 0,02). Слабовидящие, с одной стороны, и слепорожденные — с другой, лучше ориентируются в пространстве в пределах города, чем слепые и позднооослепшие соответственно (p = 0,04).

Анализ результатов корреляционного анализа свидетельствует о наличии значимых положительных и отрицательных взаимосвязей показателей психических состояний, показателей адаптированности и реабилитированности инвалидов по зрению. Так, общей уровень активности, устойчивости эмоционального тона опосредует самопринятие (r = 0,34, r = 0,40; $p \leq 0,05$), принятие других (r = 0,51, r = 0,40; p ≤ 0,05), эмоциональный комфорт (r = 0,63, r = 0,46; p ≤ 0,05) и интернальность (r = 0,38, r = 0,42; p ≤ 0,05). Высокий жизненный тонус опосредует позитивное самопринятие (r = 0,35; $p \leq 0,05$), принятие других (r = 0,38; $p \leq 0,05$), эмоциональный комфорт (r = 0,42; $p \leq 0,05$), а также умение следить за своим внешним видом (r = 0,35; $p \leq 0,05$) и умение общаться с незнакомыми и малознакомыми людьми (r = 0,26; $p \leq 0,05$). Позитивный эмоциональный фон опосредует принятие себя и окружающих людей, более эффективное проведение свободного времени, о чем свидетельствует положительная взаимосвязь чувства бодрости и самопринятия (r = 0,31; $p \leq 0,05$), принятия других (r = 0,28; $p \leq 0,05$), а также умения организовывать свой досуг (r = 0,26; $p \leq 0,05$). Такой показатель реабилитированности, как успешное выполнение профессиональной деятельности, имеет положительную корреляцию с чувством радости (r = 0,35; p = ≤ 0,05), т. е. инвалиды по зрению, занятые трудовой деятельностью или учебой, достоверно чаще испытывают данное позитивное чувство. Переживание чувства неудовлетворенности собой обусловливает снижение общей адаптированности (r = 0,40; $p \leq 0,05$), эмоционального комфорта (r = 0,50; $p \leq 0,05$) и интернальности (r = 0,42; $p \leq 0,05$). Стремление к доминированию отрицательно взаимосвязано с чувством скованности (r = 0,45; $p \leq 0,05$) — это может свидетельствовать о том, что данная тенденция обеспечивает инвалидам по зрению большую свободу выражения своих чувств и эмоций в процессе социального взаимодействия. Переживание астенических чувств опосредует негативное самоотношение, являющегося одним из показателей дезадаптированности, о чем свидетельствуют отрицательные корреляции самопринятия и страха (r = 0,33; $p \leq 0,05$), тревоги (r = 0,33; $p \leq 0,05$), тщетности (r = 0,30; $p \leq 0,05$), растерянности (r = 0,30; $p \leq 0,05$). Снижают показатели адаптированности переживание тоски и скуки, которые отрицательно коррелируют с адаптацией (r = 0,49; r = 0,55; $p \leq 0,05$), самопринятием (r = 0,26; r = 0,42; $p \leq 0,05$), принятием других (r = 0,44; r = 0,47; $p \leq 0,05$), эмоциональным комфортом (r = 0,43; r = 0,44; $p \leq 0,05$), интернальностью (r = 0,54; r = 0,44; $p \leq 0,05$). Чувство грусти опосредует трудности в общении с незнакомыми людьми (r = 0,37; $p \leq 0,05$) и в организации собственного досуга (r = 0,27; $p \leq 0,05$).

Заключение. Результаты проведенного эмпирического исследования свидетельствуют о тесной взаимосвязи характеристик доминирующих психических состояний, переживаемых инвалидами по зрению чувств, с показателями реабилитированности и адаптированности, что позволяет рассматривать психоэмоциональные состояния в качестве психологических механизмов, способствующих или препятствующих как социально-психологической адаптации, так и социальной реабилитации слепых и слабовидящих. Доминирующие психические состояния, переживаемые инвалидами по зрению, чувства, их причины детерминированы биосоциальными характеристиками инвалидов по зрению (пол, возраст, трудовая занятость, положение в социуме, низкий уровень материальной обеспеченности) и аномальными факторами (степень нарушения зрения, время его утраты).

Половая специфика доминирующих эмоциональных состояний связана с более выраженным у женщин — инвалидов по зрению спокойствием, удовлетворенностью

жизнью в целом, активной жизненной позицией, жизненным тонусом. Женщинам свойственна более высокая оценка своих функциональных состояний, они в меньшей степени подвержены внутриличностным конфликтам. В свою очередь, мужчины — инвалиды по зрению в большей степени переживают эмоциональный дискомфорт, связанный с переживаниями по поводу определения своей жизненной перспективны.

Возрастная специфика проявления у инвалидов по зрению доминирующих состояний, настроений и чувств связана с преобладанием астенических и меланхолических чувств и настроений у инвалидов по зрению старшего возраста, которым свойственно переживание чувства бессилия, досады, скуки, страхов. Основными причинами эмоционального комфорта инвалидов данной возрастной категории являются проблемы коммуникации — трудности общения с коллегами по работе, родителями и детьми, а также трудности социально-бытовой ориентировки, совершения покупок и пр. Молодые люди обладают более высоким уровнем психической активности, характеризуются большим эмоциональным комфортом, но в то же время чаще переживают внутриличностные конфликты из-за наличия дефектов зрения.

Степень тяжести зрительной патологии проявляется в более выраженном субъективном неблагополучии тотально слепых, для которых в большей степени характерно переживание астенических чувств — растерянности, неудовлетворенности собой, скованности и тоски. Преобладание астенических эмоций предполагает такой тип реагирования, для которого в ситуации нагрузки свойственны пассивность, отказ от борьбы с трудностями. Слабовидящие обладают более высоким уровнем активности, спокойствия, эмоциональной устойчивости и удовлетворенности жизнью в целом.

Факторы времени потери зрения и длительности жизни в условиях зрительной депривации обнаруживают себя в том, что слепорожденные характеризуются более высокими показателями психической активности, спокойствия и психоэмоциональной устойчивости по сравнению с ослепшими, они имеют более оптимистическое отношение к жизненным ситуациям, проявляют более низкий уровень генерализованной тревоги, и это способствует более успешной их адаптации и реабилитации. Для поздноослепших характерно преобладание астенических и меланхолических чувств, неудовлетворенности собой и жизнью, напряженности и растерянности, в чем содержится риск социальной дезадаптации.

Для всех инвалидов по зрению основными объективными причинами эмоционального дискомфорта являются проблемы, связанные с коммуникативной деятельностью, финансовые проблемы, низкий уровень жизни, трудности социально-бытовой ориентировки, организации свободного времени; в качестве субъективных причин эмоционального неблагополучия выступают переживание изолированности и одиночества, трудности самореализации и самовыражения из-за наличия зрительного дефекта.

Выявленные особенности и групповые различия доминирующих психических состояний инвалидов по зрению обусловливают необходимость реализации дифференцированного подхода в реабилитационной деятельности.

ПРИМЕЧАНИЯ

* Далее данная категория респондентов из соображений терминологической краткости будет именоваться «слепорожденные».

** Нормативный диапазон значений по шкалам: «принятие себя» — 22–42, «непринятие себя» — 14–28; «принятие других» — 12–24, «непринятие других» — 14–28; «эмоциональный комфорт» и «эмоциональный дискомфорт» — 14–28; «внутренний контроль» — 26–52, «внешний контроль» — 18–36; «доминирование» — 6–12; «ведомость» — 12–24; «эскапизм» — 10–20 баллов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александровский Ю. А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976. 271 с.
2. *Бандзявичене Р.* Стрессогенные ситуации и дистрессовые реакции у лиц с приобретенной слепотой: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1988. 13 с.
3. *Волкова И. П.* Психология социальной адаптации и интеграции людей с глубокими нарушениями зрения. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2009. 271 с.
4. *Волкова И. П., Королева Н. Н.* Теоретико-методологические и организационные основы психологического сопровождения реабилитации инвалидов по зрению // Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. 2005. № 5(12). С. 95–108.
5. *Изард К. Э.* Эмоции человека. СПб.: Питер, 1999. 464 с.
6. *Кантор В. З.* Педагогическая реабилитация и стиль жизни слепых и слабовидящих. СПб.: КАРО, 2004. 234 с.
7. *Куликов Л. В.* Психология настроения. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 1997. 228 с.
8. *Левитов Н. Д.* О психических состояниях человека. М.: Просвещение, 1964. 344 с.
9. *Литвак А. Г.* Психология слепых и слабовидящих. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 1998. 270 с.
10. *Литвак А. Г.* Эмоциональные состояния ослепших // Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушениями зрения. М., 1997. С. 157–161.
11. *Луцко Е. А.* К вопросу об определении критериев и факторов эффективности адаптации // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Вып. 1. 2008. С. 205–209.
12. *Матвеев В. Ф.* Психические нарушения при нарушениях зрения и слуха. М., 1987. 111 с.
13. *Осницкий А. К.* Определение характеристик социальной адаптации // Психология и школа. 2004. № 1. С. 43–56.
14. *Посохова С. Т.* Психология адаптирующейся личности. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2001. 240 с.
15. *Семенов А. И.* Особенности нервно-психических нарушений при внезапной слепоте у взрослых: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 1974. 17 с.
16. *Симаева Т. Н.* Психология адаптации личности к изменениям жизнедеятельности: автореф. дис. … д-ра психол. наук. СПб., 2006, с. 20.

REFERENCES

1. *Aleksandrovskiy Yu. A.* Sostoyaniya psihicheskoy dezadaptatsii i ih kompensatsiya. M.: Nauka, 1976. 271 s.
2. *Bandzyavichene R.* Stressogennye situatsii i distressovye reaktsii u lits s priobretennoy slepotoy: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. L., 1988. 13 s.
3. *Volkova I. P.* Psihologiya sotsial'noy adaptatsii i integratsii lyudey s glubokimi narusheniyami zreniya. SPb.: Izd-vo RGPU im. A. I. Gertsena, 2009. 271s.
4. *Volkova I. P., Koroleva N. N.* Teoretiko-metodologicheskie i organizatsionnye osnovy psihologicheskogo soprovozhdeniya reabilitatsii invalidov po zreniyu // Izvestiya Ros. gos. ped. un-ta im. A. I. Gertsena. 2005. № 5(12). S. 95–108.
5. *Izard K. E.* Emotsii cheloveka. SPb.: Piter, 1999. 464 s.
6. *Kantor V. Z.* Pedagogicheskaya reabilita¬tsiya i stil' zhizni slepyh i slabovidyashchih. SPb.: KARO, 2004. 234 s.

7. *Kulikov L. V.* Psihologiya nastroeniya. SPb.: Izd-vo Sankt-Peterburgskogo universiteta, 1997. 228 s.
8. *Levitov N. D.* O psihicheskih sostoyaniyah cheloveka. M.: Prosveshchenie, 1964. 344 s.
9. *Litvak A. G.* Psihologiya slepyh i slabovidyashchih. SPb.: Izd-vo RGPU im. A. I. Gertsena, 1998. 270 s.
10. *Litvak A. G.* Emotsional'nye sostoyaniya oslepshih // Diagnostika, razvitie i korrektsiya sensornoy sfery lits s narusheniyami zreniya. M., 1997. S. 157–161.
11. *Lutsko E. A.* K voprosu ob opredelenii kriteriev i faktorov effektivnosti adaptatsii // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Ser. 12. Vyp. 1. 2008. S. 205–209.
12. *Matveev V. F.* Psihicheskie narusheniya pri narusheniyah zreniya i sluha. M., 1987. 111 s.
13. *Osnitskiy A. K.* Opredelenie harakteristik sotsial'noy adaptatsii // Psihologiya i shkola. 2004. № 1. S. 43–56.
14. *Posohova S. T.* Psihologiya adaptiruyushcheysya lichnosti. SPb.: Izd-vo RGPU im. A. I. Gertsena, 2001. 240 s.
15. *Semenov A. I.* Osobennosti nervno-psihicheskih narusheniy pri vnezapnoy slepote u vzroslyh: avtoref. dis. … kand. med. nauk. M., 1974. 17 s.
16. *Simaeva T. N.* Psihologiya adaptatsii lichnosti k izmeneniyam zhiznedeyatel'nosti: avtoref. dis. … d-ra psihol. nauk. SPb., 2006. S. 20.

В. А. Калягин

ЭМОЦИИ В СТРУКТУРЕ РЕЧЕВОГО ДЕФЕКТА ВЗРОСЛЫХ ЗАИКАЮЩИХСЯ

В статье рассматриваются эмоциональная составляющая клинической картины заикания. Представлены результаты многолетних исследований различных проявлений эмоций взрослых заикающихся с помощью батареи психодиагностических методик. Способность проявлять и распознавать эмоции рассматривается как необходимое условие их позитивного применения в процессе терапии. Показано, что у части заикающихся наблюдается алекситимия, проявляющаяся на фоне некоторого обеднения словаря, которую можно рассматривать как механизм психической защиты. У взрослых заикающихся имеется комплекс тревожных расстройств, а также своеобразие восприятия базовых эмоций в текстах, что может быть связано с имеющейся у них социофобией.

Ключевые слова: речь, взрослые заикающиеся, незаикающиеся, эмоции, восприятие, текст.

V. Kalyagin

EMOTIONS IN THE CONTEXT OF STUTTERING AS A SPEECH IMPEDIMENT IN ADULTS

The article discusses the emotional component of the clinical picture of stuttering and presents the results of an extended research of emotional expressions in adults who stutter, based on the use of a combination of psychodiagnostical techniques. The subjects' ability to demonstrate and recognize emotions is viewed as an essential condition of emotions' use in the process of therapy. According to the study, some stutterers may exhibit alexithymia manifesting itself in vocabulary depletion, which can be viewed as a protective response. Adult stutterers experience various