Институт профессиональной реабилитации
и подготовки персонала ВОС «Реакомп»

КОРРЕКЦИЯ НЕГАТИВНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

БЫКОВ А.А.

Москва
2007

ББК 88.48
Б-95

Коррекция негативных психологических установок инвалидов по зрению: методические рекомендации / А.А. Быков – М., 2007. – 84 с.

Данные методические рекомендации разработаны на основании исследования проведенного на базе Института профессиональной реабилитации и подготовки персонала ВОС «РЕАКОМП». В рамках программы «Основы социально-психологической реабилитации» в течение нескольких лет проводился анализ результатов тестирования инвалидов по зрению, изучались негативные установки и возможности их коррекции, динамика изменений психологических характеристик в процессе реабилитации.

В методических рекомендациях рассматриваются психофизиологические и социальные основы формирования негативных установок у инвалидов по зрению, анализируются различные установки на инвалидность у ослепших, даются рекомендации по проведению индивидуальных бесед психокоррекционного характера.

Методические рекомендации предназначены для реабилитологов, председателей МО и РО ВОС, заместителей директоров ООО ВОС по социальной работе и других специалистов хозяйственных обществ и учреждений, работающих с персоналом в системе ВОС.

Методические рекомендации могут быть полезны специалистам реабилитационных, образовательных и других учреждений, работающих с инвалидами по зрению.

Компьютерная верстка: Е.Э. Качалова

ISBN 978-5-9900948-4-0
©Институт «Реакомп»

СОДЕРЖАНИЕ

Введение в тему....4

Психофизиологические и социальные основы формирования негативных установок у инвалидов по зрению....8

Активность личности при слепоте....10

Межличностные отношения при глубоких нарушениях зрения....12

Социально-психологическая адаптация и реадаптация инвалидов по зрению....14

Неадекваные установки в отношении самого себя и своего дефекта....21

Распространённые неадекватные установки инвалидов по зрению, выраженные ими самими....46

Общие принципы проведения индивидуальных бесед психокоррекционного характера....57

Принцип равенства позиций....58

Принцип принятия....60

Принцип безопасности обратившегося к вам человека....62

Принцип неосуждения....63

Советы реабилитологу для организации беседы психокоррекционного характера....64

Этапы психокоррекционной беседы....64

Возможные схемы психокоррекционной беседы....73

Еще раз об особенностях проведения психокоррекционных бесед с незрячими....75

Рекомендуемая литература....82

ВВЕДЕНИЕ В ТЕМУ

Тема предлагаемой вашему вниманию брошюры рассматривает коррекцию негативных психологических установок незрячих. Будет уместным в качестве вступления изложить наше понимание этой темы и растолковать некоторые термины.

Под психологической установкой разумеется личностная (в общей психологии) и групповая (в социальной психологии) предрасположенность человека (в психологии) или группы людей (в социологии) к определённым реакциям на те или иные ситуации, людей, объекты, идеи.

Установки могут быть интеллектуальными (в виде суждений), эмоциональными (в виде испытываемых чувств), поведенческими (в виде производимых действий) в зависимости от того, к какого рода реакциям они предрасполагают. Установки интеллектуальные (априорные, то есть принятые до опыта суждения) наиболее устойчивы и могут сопровождать человека всю жизнь, во многом определяя его чувства и действия. В этом плане термин «установка» близок к житейскому понятию «предрассудок». Вдумаемся в само слово «предрассудок» – нечто предшествующее рассудку, то есть суждение о человеке, группе людей, типовой ситуации, которое мы имеем ещё до того, как мы с этим человеком, группой людей или ситуацией вступили во взаимодействие или познакомились. Например, этнические предрассудки действуют таким образом, что ещё даже не познакомившись с человеком, о котором нам известна только его национальность, мы зачастую уже наделяем его определёнными качествами, которые заложены в программе (предписании) соответствующего предрассудка, то есть установка в данном случае предраспола-

гает нас к определённому суждению о человеке и таким образом затрудняет его объективное восприятие.

Хотя слово «предрассудок» в обыденном словоупотреблении несёт в себе явно негативную оценку, можно сказать, что без интеллектуальных установок человеку не обойтись. Ведь в ином случае, во-первых, мы должны были бы строить самостоятельные суждения обо всём на свете, что вряд ли доступно даже человеку выдающихся способностей, а, во-вторых, отсутствие предрассудков предполагает не просто критический ум, а полную свободу разума индивида от общества, в данном случае от групповых установок, что невозможно по определению человека как существа общественного.

Установки, свойственные конкретному индивиду, можно разделить на две группы: те, которые сформировались в результате обобщения, часто бессознательного, его собственного опыта, то есть личные (психологические) установки и те, которые свойственны культурным группам (этносу, экономическому классу, возрастной группе и т.д.), к которым данный индивид принадлежит и, которые он, по крайней мере, частично разделяет. Конечно, для практики и частности в плане нашей темы нас будут интересовать прежде всего установки групповые, коллективные.

Любое сообщество людей, выделяемое по какому-либо признаку (уровень образования, религиозная принадлежность, наличие какого-либо физического дефекта, возраст и т.д.), и, осознающее свою относительную обособленность, порождает свою субкультуру в рамках большой культуры, в которую оно, это сообщество, встроено по происхождению своему. Существенной частью субкультуры является набор разного рода установок, начиная от эмоциональных

(в частности, например, реакции на представителей других субкультур) и кончая политическими, которые определяются специфическими условиями бытовой и социальной жизни сообщества и как следствие его политическими (в широком смысле этого слова – общественными) интересами. Так, например, большинство инвалидов тяготеют в своих политических пристрастиях к левым, социально ориентированным партиям и общественным организациям, что соответствует их экономическим интересам.

И, наконец, социально-психологические установки с прагматической точки зрения можно разделить на позитивные и негативные. Первые способствуют интеграции представителя сообщества в большое общество, в большую культуру, способствуют развитию взаимопонимания с представителями других субкультур. Вторые, негативные, ведут к изоляции субкультур, воздвижению барьеров на пути интеграции в большое общество. От негативных установок страдают не только их носители, сужающие свои возможности самореализации, но и окружающие, хотя, конечно, и в меньшей степени.

Сообщество незрячих, как любая другая группа людей, выделяющаяся по какому-либо существенному признаку, порождает своеобразную субкультуру, характеризующуюся в частности специфическими установками в отношении «своих» и «других». Некоторые из них имеют стабилизирующий или созидательный характер, другие, напротив, способствуют социальной изоляции их носителей и препятствуют интеграции незрячих в общество.

Теперь о коррекции. Буквально это латинское слово означает не более чем исправление чего-то, в нашем случае исправление негативных (отрицатель-

ных, вредных) психологических установок, свойственных некоторым инвалидам вообще или специфичных именно для сообщества незрячих. Коррекция в принципе может иметь две формы. Это индивидуальная психологическая коррекция, которая предполагает коррекционную работу с конкретным незрячим или малой коррекционной группой, состоящей из незрячих. С другой стороны, это общественная работа с сообществом незрячих вообще, которая предполагает пропаганду позитивных (способствующих созиданию лучшей социальной среды) установок, создание общественных структур, направленных на интеграцию незрячих в большое общество.

Эти формы деятельности используются на базе Института «Реакомп» в рамках выполнения программы комплексной реабилитации инвалидов по зрению. Восстановление психической деятельности, отдельных ее компонентов осуществляется с помощью различных приемов психологической работы, которые применяются на всех этапах реабилитации. В соответствии с программой обучения в Институте по теме «Основы социально-психологической реабилитации» проводились исследования в течение нескольких лет. Они включали психодиагностику инвалидов по зрению, анализ их психологических установок и возможности их коррекции, изучение динамики изменений психологических характеристик в процессе реабилитации. В этой работе основное внимание уделяется индивидуальной коррекции, хотя выход самой брошюры, как мы надеемся, будет способствовать преодолению предрассудков, свойственных сообществу незрячих вообще и распространению положительных установок. Знание – сила.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕГАТИВНЫХ УСТАНОВОК У ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

Нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений в формировании личности у слепорожденных и рано утративших зрение и может при отсутствии или недостаточно квалифицированном педагогическом вмешательстве вызвать появление негативных характерологических особенностей. Негативные черты характера могут при неблагоприятных условиях появиться и у ослепших в зрелом возрасте.

К таким особенностям, возникающим в связи с полной или частичной утратой зрения, относятся некоторые изменения в динамике потребностей, связанных с затруднениями их удовлетворения; сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного отражения; снижение способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля; отсутствие или ограниченность внешнего проявления внутренних состояний. Кроме того возникают условия, неблагоприятно влияющие на формирование различных черт характера. К таким условиям относятся в равной мере как чрезмерная опека со стороны окружающих, так и отсутствие внимания. В результате у слепых иногда формируются такие черты характера как эгоизм, нерешительность, внушаемость, упрямство, равнодушие к окружающим, отсутствие любознательности, замкнутость.

Таким образом, становится очевидным, что в формировании основных свойств личности на первый план выступают социальные факторы, действие которых оказывается относительно или полностью не-

зависимым от времени возникновения и глубины патологии зрения. Однако при правильной организации реабилитационного процесса и вовлечении в различные виды деятельности формирование свойств личности оказывается практически независимым от состояния зрительного анализатора.

В других случаях слепота, первоначально тормозящая развитие некоторых сторон личности слепого с детства (например, интересов, эстетических чувств и т. д.), при педагогическом вмешательстве отступает на второй план. Хотя влияние на диапазон избирательного отношения такого человека к окружающей действительности, существует, сужая его в зависимости от глубины патологии органа зрения. Но если тот или иной вид деятельности доступен для слепого, то формирование отношения к нему оказывается независимым от дефекта. Так, например, интересы к определенным видам деятельности, успешно осуществляющейся без зрительного контроля, оказываются такими же глубокими, устойчивыми и действенными, как и у зрячих людей.

Таким образом, содержательная сторона психики при развивающем обучении оказывается независимой от дефектов зрения. Более того, она относительно независима и от биологических, природных факторов, так как последние определяют не содержание, а процесс формирования личностных ценностей, его динамику. Следовательно, между зрячими и слепыми, а тем более между зрячими и слабовидящими различия могут наблюдаться только в динамике становления различных свойств личности. Конечные же результаты, т. е. уровень сформированности личности, определяются не наличием или отсутствием

зрительной патологии, а характером социальных воздействий и, прежде всего, обучения.

Активность личности при слепоте

Говоря об отрицательном влиянии нарушений в системе зрительных ощущений на степень точности отражения, его нельзя рассматривать однозначно, сводя все изменения к отсутствию или снижению зрительных впечатлений, к соответствующему обеднению чувственных знаний и преобладанию иных, чем в норме, модальностей. Данное положение вытекает из экспериментально обоснованной возможности достаточно полно и точно отражать одни и те же материальные, пространственные и временные свойства объективного мира в ощущениях различной модальности. Это в значительной мере компенсирует отсутствие или недостаточность зрительных впечатлений. Поэтому адекватность отражательной деятельности слепых зависит не только от состояния зрительного анализатора, но и от характера его деятельности – от системности работы анализаторов («умения» воспринимать) и активности познающего субъекта.

Не подлежит сомнению, что отсутствие зрения или тяжелые хронические нарушения его ведущих функций (остроты и поля зрения) вносят существенные изменения в жизнь человека, затрудняя его взаимодействие с окружающим миром, снижая его активность. Но активность человека определяется как биологическими, так и социальными факторами, причем последние в этом взаимодействии оказываются ведущими.

Не касаясь здесь физиологических основ активности (этот вопрос исследован еще недостаточно), рассмотрим те внешние условия, в которых формиру-

ется такое важное качество или набор качеств личности слепого и слабовидящего, как общая активность, имея в виду в первую очередь активность познавательной деятельности. Снижение (или недоразвитие) активности у лиц с глубокими нарушениями зрения отчетливо показано в ряде тифлопсихологических и тифлопедагогических исследований. Наиболее ярко снижение активности проявляется у ослепших в раннем возрасте, прежде всего, оно проявляется в ориентировочно-поисковой деятельности.

Серьезным препятствием для проявления активности являются затруднения, испытываемые слепыми при установлении социальных контактов. Неадекватные установки слепых к себе, зрячим, различным видам деятельности, так же как и неверные представления зрячих о слепых и их возможностях, являются основным препятствием включения инвалидов по зрению в активную деятельность и, следовательно, их социально-трудовой и социально-психологической реабилитации. Еще одним фактором, снижающим активность слепых, являются отрицательные эмоциональные состояния (депрессивные настроения, стрессы), а также фрустрации (состояние психического напряжения), обусловленные часто встречающейся у слепых неадекватной самооценкой и трудностями адаптации к жизни без зрения. В ряде случаев инвалиды по зрению оказываются не в состоянии преодолеть возникающие перед ними препятствия. Многократное повторение фрустрации ведет к снижению активности, безынициативности, отказу от деятельности.

Однако все упоминавшиеся выше факторы снижения активности при глубоких нарушениях зрения могут быть преодолены путем создания соответст-

вующих условий для успешного компенсаторного приспособления. Важнейшим из них является включение инвалидов по зрению в деятельность, формирование у них положительной мотивации и установок. При правильной организации учебно-воспитательной и коррекционной работы зависимость мотивов учебной, трудовой и общественно полезной деятельности от состояния зрения отсутствует, а активность лиц с нарушенными функциями зрения приходит в норму. Активное участие тысяч инвалидов по зрению в жизни нашего общества, их успехи в самых различных областях деятельности это лучшее тому подтверждение.

Межличностные отношения при глубоких нарушениях зрения

В ходе совместной деятельности и общения люди объединяются в группы и коллективы (ученики одного класса, семья, работа, студенческая группа и т. п.). Объединение людей в группы может происходить по разным причинам. Но только тогда, когда группа объединяется общими целями совместной деятельности и эти цели направлены на разрешение общественно значимых задач, она становится коллективом. Члены групп и коллективов, связанные общей деятельностью, взаимодействуют друг с другом, оказываются включенными в систему объективных отношений, отражением которых являются субъективные межличностные отношения.

Дефекты зрения нарушают взаимодействие человека со средой, в результате при врожденной или рано возникшей слепоте затрудняется установление социальных связей и отношений. У ослепших нарушаются уже сложившиеся связи. Поэтому изучение соци-

альной адаптации слепых, их включения в деятельность представляет собой особо актуальную задачу. Одним из важнейших аспектов этой проблемы является вопрос о взаимоотношениях, складывающихся между членами разных групп, в которых оказываются лица с нарушенным зрением. Ведь от характера таких взаимоотношений во многом зависит психологическое состояние личности, ее отношение к учебной, трудовой и общественной деятельности, к другим людям, к самому себе. Функционирование группы как совокупности действующих индивидов во многом обусловливается характером их межличностных отношений, складывающихся на основе эмоционально-оценочного отражения членами группы друг друга.

Социально-психологические последствия дефектов зрения проявляются наиболее отчетливо тогда, когда инвалид по зрению попадает в смешанный коллектив, где трудятся или учатся слепые и зрячие (например, на предприятиях ВОС). В этих условиях интеграции в мир зрячих возникают затруднения в деловом и свободном общении. Слепые зачастую становятся людьми замкнутыми, уходящими от контактов со зрячими, ориентированными на свой внутренний мир. Кроме того, неблагоприятное влияние на установление положительных межличностных отношений в смешанных коллективах оказывают испытываемые слепыми трудности социальной перцепции (восприятии другого человека).

Невозможность или ограниченность визуального восприятия и ориентация на голос, особенности речи, осязательное восприятие зачастую не дают слепому достаточного знания о партнере по общению. Это обстоятельство может усугубляться неадек-

ватными установками зрячих по отношению к слепым, обусловленными косметическими дефектами последних, незнанием их психологических особенностей, непониманием.

В результате при рассмотрении статуса инвалидов по зрению в смешанном коллективе наблюдается тенденция, указывающая на наличие определенной зависимости его от степени нарушения зрения. Так, лица с I группой инвалидности реже попадают в высокие статусные категории, чем инвалиды II и III групп. Они же чаще представлены в категориях «изолированных» и «отверженных». Это можно объяснить тем, что лица с относительно более сохранным зрением проявляют большую активность в различных видах деятельности. Такой вывод, естественно, не означает, что глубокие нарушения зрения непосредственно влияют на творческие возможности человека и препятствуют их развитию. Речь идет лишь о том, что лица с более сохранным зрением мобильнее и самостоятельнее. Это в свою очередь облегчает им участие в трудовом процессе, культурно-массовых мероприятиях и т. п. и способствует повышению их активности. Обычно отмечается более благополучное положение инвалидов II и III групп по сравнению с I группой и в сфере эмоционально-личностных взаимоотношений, так как положительное влияние на эту сферу оказывают возможности выполнения более широкого спектра социальных ролей.

Социально-психологическая адаптация и реадаптация инвалидов по зрению

Как уже было показано выше, врожденная или рано приобретенная слепота затрудняет образование

социальных связей и отношений, а появление дефекта у человека со сложившимися связями и навыками общественного поведения ведет к их разрыву, смещению. И в том и в другом случае инвалид по зрению выпадает из коллектива, что крайне неблагоприятно влияет на его положение в нем.

В связи с этим основной задачей реабилитационной работы в целях интеграции инвалидов по зрению в общество является установление или восстановление социальных связей, т. е. социально-психологическая адаптация (у поздно ослепших – реадаптация).

В процессе реабилитационной работы по социально-психологической адаптации слепых перед практическими работниками специальных учреждений (школ для слепых и слабовидящих, реабилитационных центров и реабилитационных учреждений) возникают определенные трудности. Возникает необходимость преодолеть депрессию, возникающую как реакция на слепоту, сформировать адекватные установки по отношению к окружающим, своему дефекту и деятельности, вооружить слепых новыми способами коммуникации.

Первым этапом социально-психологической адаптации следует считать преодоление депрессии, связанной с осознанием дефекта, на который инвалиды по зрению реагируют крайне болезненно. Глубина и длительность реакции зависят как от особенностей личности, так и от темпа развития заболевания, его тяжести и времени появления. Наиболее серьезные психические травмы наблюдаются у ослепших в зрелом возрасте. Реакция мгновенно ослепших оказывается более тяжелой, чем у тех, кто теряет зрение постепенно. Однако, как показывает практика реабилитационной работы института «Реа-

комп», даже в этих случаях приобщение ослепших к деятельности позволяет снять депрессию и восстановить оптимистическое отношение к жизни.

Одновременно ведется работа по преодолению фрустрации, возникающей в результате появления в жизни слепого трудно преодолимых препятствий, и как следствие постоянно высокого психического напряжения. В основе этой работы лежит формирование способов поведения, основанных на двигательном контроле (у рано ослепших), или перестройка динамических стереотипов (у ослепших в более позднем возрасте).

Возникающие у потерявших зрение состояния депрессии и фрустрации исчезают по мере того, как они осознают, что могут трудиться и обслуживать себя в быту. В результате включения в деятельность начинается процесс преодоления психологического кризиса, выхода из состояния психологического конфликта. Этот процесс имеет поэтапный характер, и в нём принято выделять четыре фазы: 1) фаза бездействия, которой сопутствует глубокая депрессия; 2) фаза занятия, на которой инвалид включается в деятельность с целью отвлечься от тяжелых мыслей о своей инвалидности; 3) фаза деятельности, для которой характерно стремление реализовать свои творческие возможности; 4) фаза поведения, когда складывается характер и стиль деятельности инвалида, определяющие весь его дальнейший жизненный путь.

Решающим моментом в социально-психологической реабилитации является восстановление социальных позиций инвалида. Последнее существенно зависит от установок инвалида по отношению к зрячим, труду, общественной деятельности, самому себе и

своему дефекту. Эти установки формируются в процессе деятельности. Адекватность этих установок прежде всего зависит от того, насколько успешно выполняется деятельность. Поэтому основным условием социально-психологической адаптации и реадаптации является включение инвалида в коллективную деятельность, воспитание его в коллективе и через коллектив.

Завоевание и удержание определенной социальной позиции в коллективе зависят от многих факторов: степени скомпенсированности дефекта, уровня физического и психического развития, моральных, волевых, интеллектуальных качеств и т. д. В социально-психологическом плане важнейшими качествами являются способность устанавливать социальные контакты, адекватно воспринимать и понимать партнеров по общению.

В работах социальных психологов, посвященных восприятию людьми друг друга, утверждается, что первое впечатление о партнере по общению основано на визуальном восприятии. Визуальный образ, возникающий при первой встрече, оказывается исходным для понимания человеком человека. Именно со зрительного восприятия начинаются межличностные контакты, возникают симпатии и антипатии. От него зависит стремление к повторным встречам или уклонение от них.

Отсюда можно сделать вывод, что утрата или глубокое нарушение зрения, препятствующие видению лица партнера по общению и других его внешних качеств, восприятию мимических движений, выражения глаз и многих других визуально воспринимаемых признаков, затрудняют процесс общения. Слепой человек лишается важного канала, по которому посту-

пает информация об окружающих.

Однако независимо от того, по каким каналам получает инвалид по зрению информацию, важнейшими остаются следующие вопросы: в какой степени зрение адекватно отражает сущность партнера по общению и в какой мере этот процесс нарушается при слепоте? Возможно ли правильное восприятие и понимание человеком человека при отсутствии зрения? Как зрячие воспринимают и понимают слепых?

Прежде всего отметим, что как при нормальном, так и при нарушенном зрении восприятие человека человеком осуществляется полисенсорно, т. е. в нем участвуют зрение, слух, осязание и обоняние. Нетрудно представить себе ситуацию, когда положительное впечатление, возникшее на основе зрительного восприятий, может быть сведено на нет, вплоть до возникновения антипатии. Речь идет о слуховом (неприятный тембр голоса, дефекты речи), осязательном (холодная, влажная рука, вялое рукопожатие) и обонятельном (неприятный запах) восприятии.

Из сказанного следует, что восприятие человеком человека на основе зрения или какой-либо иной чувственной основе неизбежно несет в себе элементы субъективности и информация, получаемая таким образом, далеко не всегда отражает существенные признаки партнера по общению.

Очевидно, что никто не будет отрицать, что восприятие человеком человека при слепоте, существенно ограничивающей поток поступающей информации, затрудняет обратную связь, столь необходимую для общения. Но это не может принципиально изменить процесс социальной перцепции, лишить

слепого человека возможности воспринимать окружающих его людей.

Для того чтобы проникнуть во внутренний мир человека, раскрыть для себя его сущность, чувственно получаемая информация требует проверки в совместной деятельности. Только поступки, поведение человека в различных ситуациях раскрывают его сущность, позволяют понять и оценить его достоинства и недостатки. Поэтому именно поведение служит надежной основой межличностных контактов, тем более что в общей массе слепые, за исключением ослепших в зрелом возрасте, как правило, внешним обликом партнеров по общению (абрисом лица, цветом волос, глаз и т. п.) не интересуются. Поэтому говорить о необходимости возмещения отсутствующих данных такого рода, видимо, нет смысла.

Выше уже была отмечена зависимость межличностного восприятия от установок личности. Помимо общих для всех людей установок, слепота, а точнее, неудачные попытки общения со зрячими ведут к формированию у слепых специфических неадекватных установок. В частности, отмечается установка на избегание общения со зрячими, ухода в свой внутренний мир, предпочтения контактов с товарищами по несчастью. Такого рода отрицательные установки наблюдаются и при других дефектах, как сенсорных, так и физических.

Следует помнить, что некоторые слепые избегают общения со зрячими из-за ложного чувства своей малоценности и очень часто имеющих еще, к сожалению, место неадекватных установок здоровых людей по отношению к инвалидам. Отметим, что установка на то, чтобы избегать общения со зрячими,

может быть следствием отсутствия навыков поведения в обществе и осознания своих косметических дефектов (отсутствие глазных яблок, шрамы на лице и др.). Преодоление подобной установки, выработка правильного отношения к себе и своему дефекту, адекватной самооценки, использование всех сохранных анализаторных систем в процессе социальной перцепции – вот предпосылки, которые обеспечивают слепому надежные и прочные социальные контакты.

Следует проанализировать особенности восприятия зрячими инвалидов по зрению, поскольку слепые живут в мире зрячих и должны общаться с ними, а общение – процесс двусторонний. Такой анализ позволяет выделить специфические моменты, возникающие во время общения зрячих со слепыми, обусловленные как объективными, так и субъективными причинами. Прежде всего, нужно отметить, что инвалид по зрению, как и другие лица, имеющие визуально воспринимаемые дефекты, оказывается объектом чрезмерно пристального внимания со стороны зрячих. При отсутствии соответствующего воспитания это внимание проявляется в нетактичном (и ощущаемом) рассматривании слепого, постановке травмирующих его вопросов или в уклонении от общения. Другим камнем преткновения являются объективные трудности, возникающие при попытке распознать по внешним признакам (например, выражению лица) внутреннее состояние слепого партнера по общению, установить его отношение к себе и своим высказываниям. Маскообразное выражение лица слепых, особенно слепорожденных, невидящие или закрытые темными очками "зеркала души" – глаза, отсутствие обычных при общении зрячих внешних

выразительных движений затрудняют понимание зрячим слепого партнера по общению.

Наконец, следует отметить, что у зрячих, так же как и у слепых, довольно часто формируются субъективные и неадекватные установки. Это либо негативная установка на избегание слепых, либо псевдоположительная установка, проявляющаяся в жалости к слепому, стремлении взять его под опеку. И та и другая установка обусловлена самыми различными причинами, и прежде всего незнанием психологии слепых, их реальных возможностей, бытующими еще архаичными представлениями о слепых как несчастных, не приспособленных к жизни, неполноценных людях. Легкоранимые, тяжело переживающие свой дефект и тонко чувствующие отношение партнера по общению, инвалиды по зрению не остаются безразличными к подобным ситуациям, затрудняющим дальнейшие контакты, закрепляющим установку избегать общения со зрячими. Все это ведет к стремлению общаться преимущественно с товарищами по несчастью, к созданию микросоциума, состоящего из инвалидов по зрению, и в результате к аутизму, т. е. уходу в свой внутренний мир, выпадению из жизни большого общества. Поэтому можно сделать вывод, что реабилитационная работа со слепыми может быть достаточно эффективной только при условии получения дополнительных социально-психологических знаний.

Неадекватные установки в отношении самого себя и своего дефекта.

Опыт института «Реакомп» показывает, что, анализируя разные формы неадекватных установок на собственный дефект, можно прийти к убеждению,

что во многих из них, так или иначе, находит свое отражение нехватка ощущения осмысленности жизни. Одной из важнейших задач реабилитации позднооослепших является восстановление смысла жизни. Внезапная утрата зрения может ввергать человека в состояние, получившее название «экзистенциальный вакуум», т. е. ощущение утраты жизненного смысла. Достаточно часто реабилитанты открыто жалуются на бессмысленность собственной жизни. Экзистенциальный (сущностный) вакуум может лежать в основе формирования неадекватных установок по отношению к дефекту. А. Эйнштейн как-то заметил, что тот, кто ощущает свою жизнь лишенной смысла, не только несчастлив, но и вряд ли жизнеспособен.

В случае экзистенциального кризиса (потери смысла жизни) следует поощрять реабилитанта к поиску смысла, а не отмахиваться от этого вопроса как от пустого философствования. Но при этом следует помнить, что смысл нельзя дать, его можно и нужно найти, именно найти, ибо смысл не может быть создан. В сознание реабилитанта необходимо постоянно вносить мысль о том, что он не должен спрашивать, ждать ли и что ему ждать от жизни. От реабилитолога он должен получить представление о том, что, наоборот, жизнь ожидает в виде какого-то дела или человека. И, наконец, важным моментом в коррекции неадекватных установок по отношению к собственному дефекту является непосредственное развитие позитивного самовосприятия. Справедливо замечено, что успех порождает успех, а неудача – неудачу. Таким образом, люди, ищущие совета, вряд ли смогут надеяться на улучшение своего положения до тех

пор, пока им не удается увидеть себя в более благоприятном свете.

Развитие позитивного самовосприятия зависит от характера общения реабилитолога с реабилитантом. Этот процесс может строиться на трех принципах, сформулированных гуманистической психотерапией: 1) эмпатия (вчувствование в состояние партнёра по общению – реабилитанта); 2) безусловно позитивное отношение к реабилитанту; 3) искренность и неподдельность в общении с ним.

Эмпатическое понимание требует, чтобы реабилитолог был сосредоточен на положительном восприятии внутреннего мира реабилитанта. Для ориентации и самоконтроля реабилитологу нужно знать некоторые потенциальные характеристики человека способного к эмпатии:

- он проявляет терпимость к выражению эмоций со стороны других людей;
- он способен глубоко вникнуть в субъективный мир своих подопечных, не раскрывая при этом свой внутренний мир;
- он готов адаптировать свое восприятие к восприятию другого человека.

Безусловно позитивное отношение к реабилитанту подразумевает приятие его таким, какой он есть с его достоинствами и недостатками. Принятие подразумевает и осознание трудностей и ограниченности в чем-то реабилитанта. Развитие более высокой самооценки происходит под влиянием двух механизмов. Во-первых, реабилитант не должен опасаться, что будет отвергнут в том случае, если проявит или будет обсуждать свои уязвимые стороны. Во-вторых,

он должен быть уверен в том, что к нему благожелательно относятся независимо от его успехов или неудач и что его не будут сравнивать с другими, вызывая болезненное чувство неполноценности. Искренность – это прежде всего естественность реабилитолога в отношениях с реабилитантом, иначе говоря неподдельность собственных реакций. Развитие позитивного самовосприятия в конечном счете заключается в том, чтобы помочь реабилитанту самому стать для себя источником поддержки, мотивации и поощрения. В особом внимании реабилитолога нуждаются инвалиды со сниженной самооценкой, у которых повышен риск формирования неадекватных установок на собственный дефект. О сниженной самооценке могут свидетельствовать:

- частые критичные высказывания в свой адрес: *«Я никогда не смогу этому научиться...»;*
- негативные ожидания в отношении ситуации соревнования: *«Чего переживать. У меня все равно никаких шансов нет...»;*
- критическое отношение к успехам других: *«Ему просто повезло...»;*
- нежелание признавать свою оплошность или вину: *«Я не виноват, что...»;*
- склонность подчеркивать недостатки у других: *«Беда его в том, что он...»;*
- неспособность принять похвалу: *«Вы, конечно, на самом деле так не считаете»;*
- отрицательное отношение к реабилитологам;
- низкая мотивация, отказ от попыток добиться успеха: *«Меня это не интересует...»;*

- плохая социальная адаптация, застенчивость и повышенная чувствительность к критике: *«Все против меня...»*

В обыденном, повседневном сознаний слепота ассоциируется чаще всего с физическими нарушениями органов зрения. И это верно, хотя и не до конца. Действительно, в основе неспособности глаза воспринимать световое излучение лежат многочисленные структурные нарушения в строении и функционировании зрительного анализатора, являющиеся следствием различных заболеваний и травм. В таком понимании слепоты фиксируется ее биофизиологический уровень, ее материальные причины, которые сами по себе могут быть чрезвычайно сложны и не всегда до конца понятны. Но проблема слепоты не исчерпывается только её медико-биологическим аспектом, каким бы важным он не являлся сам по себе.

Употребляя понятие «слепота», мы более или менее ясно отдаём себе отчет в том, что имеем в виду, прежде всего, ее носителя человека, утратившего зрение, ибо слепота не может быть ничьей. Человек же не может оставаться безучастным к факту собственной слепоты, за исключением редких случаев, относящихся преимущественно к сфере психопатологий и получивших название «анозогнозия слепоты», т. е. игнорирование факта потери зрения. За пределами этих редких случаев реакция на слепоту в зрелом возрасте характеризуется исключительной остротой и болезненностью. Сила и разнообразие подобных реакций знакома многим реабилитологам. В данном случае речь идет об эмоциональных процессах, определяемых в психологии как непосредственное отражение отношений человека и окружающего мира. Подчерк-

нем особо «отражение отношений» Стало быть, реакция на слепоту, – это не реакция на определенные анатомические нарушения, являющиеся причиной слепоты, это по существу реакция на изменившийся характер отношений человека с окружающим его миром. В этом одно из важнейших негативных следствий слепоты, выходящее далеко за пределы биологических причин, вызвавших ее. Данное обстоятельство указывает на то, что инвалидность (в данном случае слепота) не только биологическое явление, но как и сам человек явление биосоциальное. Именно поэтому любая биологическая аномалия приобретает для человека психологическое значение, ибо влечет за собой определенные социальные следствия.

Говоря о выше упомянутых эмоциональных реакциях на слепоту, нам хотелось подчеркнуть одно весьма важное обстоятельство. Свои собственные эмоции человек условно всегда делит на два больших класса. Первый из них – это эмоции, которые человек связывает с собой как физическим существом. Примером могут служить эмоциональные переживания при возникновении различных по своему происхождению болевых ощущений. Другой класс эмоций, переживаемых человеком, не воспринимается в связи с его телом, которое в данном случае оказывается как бы ни причем. Характер подобных переживаний хорошо зафиксирован в языке. В таких случаях говорят о «душевной боли», «душевной травме;», «ноющей душе» и т. д. Носителем такого рода эмоций является не организм а нечто иное, нетелесное, получившее в психологии название личность. Правда, такого рода эмоции, носителем которых является личность, правильнее называть чувствами.

Теперь обратимся к эмоциональным реакциям на утрату зрения. Излишне доказывать, что они (эти реакции) без сомнения относятся ко второму классу, т. е. классу не биологических, а чисто личностных реакций. Потеря зрения переживается именно как душевная, а не физическая боль, что лишний раз доказывает ее социальный характер. Личность имеет сложнейшее психологическое строение, обладает массой свойств и измерений. Именно поэтому психология изобилует многочисленными определениями этого понятия. Но нас в данном случае будет интересовать не это, а сам характер реакции личности на факт слепоты. Повседневный опыт говорит о чрезвычайном разнообразии этих реакций. И мы, вполне справедливо, относим (объясняем) это разнообразие за счет личностных особенностей ослепшего. Какие же стороны личности в большей мере определяют характер реакции на слепоту? В самом общем виде их можно было бы обозначить как морально-волевые свойства характера личности, сложившиеся до потери зрения. Именно они, при достаточной степени развитости, позволяют человеку, устоять перед натиском той душевной боли, которую вызывает слепота. Именно морально-волевые свойства личности теснее всего связаны с формированием различных установок на дефект. Установка на дефект в своей сущности есть реакция личности. Правда, в отличии от эмоциональной реакции, носящей тоже яркий личностный отпечаток, это специфическая реакция. Под установкой на дефект понимается система взглядов и отношений личности к себе как к инвалиду. Понятно, что эта система формируется достаточно долго и может быть как более или менее адекватной, так и

неадекватной. Именно последний случай и будет рассматриваться, т. к. он и составляет основной предмет данного анализа.

Одним из принципов преодоления неадекватности является знание о том, как собственно формируется установка, от чего зависит степень ее адекватности. Установка на дефект – это специфическая личностная реакция на инвалидность. Выше уже указывался тот аспект личности, который имеет наибольшую причастность к формированию установки, т.е. морально-волевые свойства. Это, конечно, не означает, что другие стороны личности к этому процессу совершенно непричастны. Достаточно указать на интеллект. Но и морально-волевые стороны личности сами по себе тоже многообразны. Представляется, что следует особо выделить одно измерение, получившее название «локус контроля». Это достаточно устойчивая тенденция личности приписывать причины своего поведения и поступков внешним обстоятельствам, либо относить их за свой счет. Иными словами – это стремление отказываться от ответственности, либо принимать ее. В первом случае принято говорить об экстернальном типе личности, во втором – об интернальном. Рассмотрим понятие интернальность – экстернальность в связи с тенденциями формирования неадекватных установок на дефект и принципами их преодоления.

Действительно, у личности которая сформировалась до потери зрения, наибольшее значение в плане предсказания поведения и реакции человека на слепоту, имеет свойство интернальности-экстернальности. В зависимости от преобладания того или иного типа могут формироваться разные установки на

инвалидность и потребуются разные стратегии реабилитационной работы.

Известно, что тип локуса контроля не является свойством врожденным, но формируется он достаточно рано, приобретая при этом весьма устойчивый характер, становясь свойством личности. Преобладание экстернальных или интернальных черт определяется во многом типом воспитания, локусом контроля родителей, полом ребенка и т. д. Важно что данное свойство не носит врожденного характера и может быть в определённых пределах преобразовано. С другой стороны: интернальность-экстернальность как свойство формируется весьма рано и именно поэтому обретает особую прочность. Поэтому необходимо учитывать, что преобразования в этой области имеют свои пределы.

Основное различие между экстерналами и интерналами заключается в направлении приписывания ответственности за свои поступки. Но существует много и других признаков, дифференцирующих эти два типа. Так, экстерналы воспринимают события собственной жизни как менее определенные с точки зрения их предсказания. В этом, видимо, одна из причин того, что среди экстерналов чаще всего встречаются люди склонные к тревоге и депрессии. Экстерналам свойственно воспринимать события жизни как случай. Для интернала случай в жизни не имеет принципиального значения. Обнаружены существенные различия в восприятии времени между экстерналами и интерналами. У последних по сравнению с экстерналами временная перспектива охватывает значительно более дальнюю зону как в будущем, так и в прошлом. Будущее у интерналов было насыщено большим ко-

личеством событий, чем у экстерналов. Течение времени относительно к будущему представляется интерналам более быстрым, нежели экстерналам.

Неоднократно в психологической литературе отмечается связь интернальности-экстернальности с общим уровнем осмысленности жизни. Отсутствие целей в настоящем и в отдаленном будущем избавляет человека от какой бы то ни было ответственности. Поэтому потребность найти смысл, цель жизни трансформируется в потребность быть ответственным за события как настоящего, так и будущего. Чем больше человек верит, что все в жизни зависит от его собственных усилий и способностей, тем в большей мере находит в жизни смысл. Неслучайно экстерналы чаще жалуются на ощущение бессмысленности жизни, ее отчужденности, что является еще одной причиной тревог и депрессий, снижая при этом ожидания любой и симпатии со стороны других людей. В этом смысле интерналы более удовлетворены собой, чем экстерналы. Кроме того, интерналы более склонны забывать или не воспринимать информацию, угрожающую их самосознанию. У экстерналов же этого не наблюдается, они долго помнят свои неудачи. Интернальность как свойство личности одновременно является и социально-психологической ценностью Людям свойственно стремление к обретению качеств интернальности. Педагоги и врачи интернального типа пользуются у учеников и больных большим уважением и любовью, чем их экстернальные коллеги, разумеется, при прочих равных условиях.

Приведенного выше краткого описания свойств интернальности-экстернальности вполне достаточно для того, чтобы понять те различия в реакциях на

слепоту, возникающие у лиц с разным локусом контроля. Поведение экстерналов и интерналов в ситуации приобретенной инвалидности различна. У незрячих, как показали исследования, нет существенного преобладания экстерналов над интерналами или наоборот. Более того, у них сохраняются те же тенденции, что и у зрячих. Так, с возрастом увеличивается число экстерналов, среди мужчин интерналов больше, чем среди женщин и так далее. Внезапная утрата зрения является сильнейшим ударом для личности, труднейшим внутренним конфликтом. Но тактика разрешения этого конфликта у интернала и экстернала различна. Дело в том, что экстернальность или интернальность могут рассматриваться не только как свойство личности, но и как характеристика тех или иных жизненных ситуаций. В действительности ряд жизненных обстоятельств может характеризоваться тем, что они не подлежат волевому контролю и регуляции человеком, не зависят от его желаний и стремлений. Это и есть экстернальные ситуации, к числу которых можно отнести стихийные бедствия, катастрофы, события прошлого, изменить которые невозможно. Интернальные ситуации характеризуются тем, что подлежат определенному изменению, связанному с активностью человека. Интернальность-экстернальность как свойство личности и как характеристика ситуации находятся между собой в определенной и достаточно однозначной связи. Так экстерналы чрезвычайно тягостно переносят и поэтому стремятся избегать интернальных ситуаций, т. е. таких жизненных обстоятельств, где все зависит от их воли и где вся ответственность лежит на них. Более приемлемой для них является ситуация экстернального характера,

где нет свободы выбора, но нет одновременно и ответственности. Более того, экстерналы стремятся интерпретировать большинство событий своей жизни именно как экстернальные, доказывая, что обстоятельства были выше их сил и что они ничего не могли поделать в сложившейся ситуации. При этом постоянно сохраняется тенденция к поиску внешних причин в виде обстоятельств, людей и т. д., являющихся ответственными за их собственные неудачи. Если говорить об интернальных личностях, то здесь наблюдается совершенно противоположная картина.

Теперь попытаемся проинтерпретировать ситуацию потери зрения в характеристиках интернальности-экстернальности. Если возвращение зрения невозможно, то на первый взгляд мы имеем дело с типичным случаем экстернальной ситуации. Именно так ее и воспринимает экстернальный реабилитант, т. е. как ситуацию полной безнадежности, безвыходности и вместе с тем как ситуацию, которая дает ему возможность снять с себя ответственность за многие события в своей жизни. Теперь слепота может предстать как объяснительный принцип по типу «я мог бы, но...» Не следует думать, что снятие с себя ответственности происходит сознательно и обдуманно. Драматизм переживаний внезапно ослепшего, искренность его чувств не может подлежать сомнениям. Именно поэтому экстернальные инвалиды склонны интерпретировать потерю зрения как «несправедливость», что одновременно позволяет снизить требования к себе, как к жертве «несправедливости» и повысить эти требования к окружающим, выступающим чаще всего, хотя и не осознанно, но в виде виновников его (инвалида) бед. Иначе воспринимается ситуа-

ция потери зрения интернальными инвалидами. Нужно сказать, что их оценка в массе своей весьма приближена к объективному видению ситуации, смысл которой сводится к следующему. Действительно, потерю зрения можно рассматривать как явление экстернального свойства. Здесь волевое усилие личности ничего неспособно изменить. Но только этим ситуация не ограничивается. Она (ситуация) имеет более сложную структуру. Физическая потеря зрения составляет ядро этой ситуации, имеющее, как мы уже сказали, явно экстернальный характер. И именно в пределах этой ядерности человек несвободен и, стало быть, неответственен. Но сам экстернальный характер физической потери зрения не приводит автоматически к тому, что все последующие обстоятельства жизни становятся тоже экстернальными. За пределами этой ядерной ситуации сохраняется достаточно большой простор свободы, а стало быть, и ответственности. Интернальные инвалиды, как правило, воспринимают ситуацию потери зрения более структурно, дифференцированно. При этом они активно стараются расширить степень своей свободы, не боясь брать на себя ответственность.

Из сказанного понятно, что в зависимости от локуса контроля будет формироваться различное отношение к собственному дефекту. Именно поэтому, видимо, в работе по предупреждению формирования неадекватных установок на собственный дефект следует подходить дифференцированно к реабилитантам с разным локусом контроля. Если интернальные инвалиды больше нуждаются в поддерживающей реабилитации, основанной на сотрудничестве, то при экстернальном локусе контроля реабилитационная

работа существенно осложнена. Если при интернальном варианте речь может идти о направлении активности инвалида, то в случае экстернального типа основная проблема будет состоять в побуждении этой активности. Методический аспект коррекции неадекватных установок будет рассмотрен отдельно. Сейчас нужно остановится на возможно предубежденном отношении к лицам экстернального типа. Говоря о локусе контроля, имеется в виду, прежде всего психологическая реальность, а не этическая, поэтому нравственная оценка людей, исходя из показателей интернальности-экстернальности, недопустима.

Опыт показывает, что у интернальных личностей быстрее и менее болезненно формируется представление о необратимости дефекта, т. е. достижение той стадии осознания собственного дефекта, на которой последний (дефект) начинает восприниматься, как длительное состояние, которое следует учитывать, планируя свою деятельность. Временные темпы формирования представления о необратимости дефекта могут быть чрезвычайно индивидуальны. Тем не менее в тех случаях, когда чрезвычайно затянувшийся процесс формирования представления о необратимости дефекта мешает нормальной социальной и профессиональной реабилитации, ее можно рассматривать как один из вариантов неадекватной установки на дефект.

Отношение к дефекту через свойство интернальности-экстернальности может определяться особенностями самооценки. Экстерналам, как правило, свойственна более низкая самооценка в сравнении с интерналами. Низкая самооценка часто является причиной повышенной тревожности и склонности к

депрессивному фону настроения. Поэтому экстернальный тип поведения во многом определяется страхом неудачи. Именно ко всему новому экстерналы склонны относиться с опасением. Интернал склонен расценивать неудачу как неотъемлемый компонент любой деятельности. При этом неудачи обогащают его опыт, активизируют дальнейшую деятельность. Для экстернала неудача является сигналом окончания деятельности, ибо подтверждает его ожидания неуспеха.

Потеря зрения как крупнейшая жизненная неудача может по-разному расцениваться с интернальной и экстернальный позиций. Процесс восстановления разных форм деятельности после утраты зрения предполагает значительные усилия со стороны инвалида и вместе с тем делает практически неизбежными многочисленные неудачи. Последние могут быть для экстернального типа сильными стрессорами, приводящими к дальнейшему снижению самооценки и общей активности. Вместе с тем реабилитолог должен знать, что для лиц экстернального типа стрессогенной может стать не только ситуация неудачи, но и как это ни парадоксально, ситуация успеха. Ибо при низкой самооценке успех может восприниматься как случайность, ставящая личность в ситуацию необходимости повторить успех и подтвердить свою состоятельность, что усиливает переживания тревоги. Если же оставить без внимания ситуации неудачи, не обращать внимания на характер переживаний реабилитанта, то тем самым создается возможность сформироваться стойкому негативному отношению к своим возможностям и, в конечном счете, к самому себе. Реабилитолог должен постоянно подчеркивать есте-

ственность тех или иных затруднений и неудач реабилитанта и акцентировать его внимание не на самом факте неудачи, а на их причинах, вселяя тем самым веру в собственные силы. Реабилитант не должен чувствовать свою несостоятельность из-за того, что ему приходится прикладывать много усилий в процессе усвоения тех или иных навыков (письма, чтения, самообслуживания, ориентирования и т.д.). В противном случае экстернальные личности видят в этом подтверждение своей неспособности. Реабилитологу необходимо подчеркивать, что формирование всякого более или менее сложного навыка имеет свою психофизиологическую цену (т. е. степень усилий человека), и эта цена сугубо индивидуальна. Так следует делать не только потому, что экстернальные реабилитанты нуждаются в поддержке их активности, но и потому, что мнение окружающих имеет для них особое значение. Жизненные перспективы экстерналов, как правило, достаточно осторожны и пессимистичны. В процессе построения своих планов они весьма часто исходят из формулы «если бы не слепота..., но поскольку зрение вернуть нельзя, все теряет смысл». Все оценивается с позиции «можно или нельзя вернуть зрение». Задача реабилитолога показать, что включение в процесс рассуждения отсутствующее зрение делает само рассуждение бессмысленным. Но нельзя не учитывать, что в своих рассуждениях экстерналы могут быть весьма вязкими, ибо ситуация диалога, возможность высказаться для них имеет особое значение и ценность.

Интернальность-экстернальность является как бы первоосновой множественных личностных отношений к дефекту (болезни). Классификация такого

рода отношений многочисленны. Мы остановимся на одной, достоинством которой является ее простота и синтетичность – она включает в себя многие другие подобные классификации. Авторы этой классификации (А. Е. Личко, И. Г. Беспалько, Л. И. Вассерман, И. Н. Гильяшева и др.) создали одновременно и специальный опросник Л.О.Б.И. (личностный опросник Бехтеревского института), позволяющий достаточно точно диагностировать один из типов отношения к собственному дефекту (болезни). По данной классификации выделяются следующие типы отношения к дефекту (болезни):

1. Гармоничный тип. Отношение к дефекту характеризуется трезвостью, отсутствием излишней драматизации и переоценки тяжести дефекта. Проявляется стремление во всем содействовать успеху лечения и реабилитации. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. Широкий спектр интересов, несмотря на инвалидность. Вместе с тем хорошо отдает себе отчет в тех ограничениях, которые накладывает дефект на поведение и деятельность инвалида.

2. Тревожный тип. Для него характерно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении своего здоровья, возможных осложнений. Поиск новых способов лечения, дополнительной информации о своем заболевании. Фон настроения тревожный, угнетенный. В ряде случаев при этом типе отношения подолгу не формируется представление о необратимости дефекта, что, в сущности, мешает процессу продуктивной социальной адаптации.

3. Ипохондрический тип. Проявление повышенного беспокойства за состояние своего здоровья. В отличие от тревожного типа основное внимание на-

правлено не на объективные показатели заболевания (результаты анализов, высказывания того или иного профессионала), а на собственные субъективные ощущения. Другим отличием от тревожного типа является то, что ипохондрический тип отношения к болезни (дефекту) проявляется в беспрестанных жалобах на свое здоровье. Тревожный тип предпочитает слушать, ипохондрический – говорить Свойственно стремление несколько преувеличивать свои затруднения. В процессе реабилитационного обучения обращает на себя внимание странное сочетание – желание заниматься с неверием в успех.

4. Меланхолический тип. Удрученность своим дефектом. Неверие в возможность улучшить свое положение собственными силами. Неверие в возможность реабилитации Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных. Пессимистический взгляд на все вокруг.

5. Апатический тип. На первый план выступает полное безразличие к своей судьбе, к результатам лечения и реабилитации. Пассивное подчинение режиму и распорядку при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса по всему, что волновало раньше. Это говорит о широком, но неустойчивом круге интересов, на которые следует опереться в процессе реабилитационной работы. Основной упор должен быть сделан на восстановлении отдельных форм интересов и увлечений, доступных при отсутствии зрения.

6. Неврастенический тип. Поведение характеризуется раздражительной слабостью, особенно при неудачах или ситуациях затруднений. Раздражение изливается на окружающих людей и сопровождается

в дальнейшем глубоким раскаянием. Этим реабилитантам свойственны нетерпеливость, неспособность ждать, суетливость, торопливость, несдержанность.

7. Обсессивно-фобический тип. Постоянное ожидание неудач на работе, в семейной жизни в связи с потерей зрения. Воображаемые опасности волнуют сильнее, чем реальные. Защитой от тревоги становятся ритуалы и приметы. В условиях реабилитационного центра постоянно высказывает тревоги по поводу домашних дел и обстоятельств.

8. Сензитивный тип. Свойственна чрезмерная озабоченность тем впечатлением, которое может произвести на окружающих. Часто опасается, что окружающие будут избегать его, считая неполноценным. Боязнь стать для близких людей обузой.

9. Эгоцентрический тип. Характеризуется уходом в переживание своего несчастья. Выставление напоказ своих страданий, стремление всецело завладеть вниманием окружающих. Требование к себе исключительной заботы и самоотдачи окружающих. Разговоры окружающих быстро переводит на себя, стремится доказать, что его положение тяжелее, чем у других. Старается добиться особых прав и привилегий.

10. Эйфорический тип. Демонстрирует приподнятое настроение, иногда специально наигранное Легкомысленное отношение к своему состоянию. Нарушения режима лечения и обучения. Желание получить от жизни все, несмотря на слепоту.

11. Анозогнозический тип. Активное отбрасывание мысли о слепоте и ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях нарушенного зрения (нежелание ходить с тростью, учиться рельефному

письму и чтению и пр.). Желание во всем обойтись своими силами и средствами, отказ от посторонней помощи. Отрицание необходимости реабилитационной работы.

12. Эргонетический тип. Уход в работу. Труд носит ожесточенный характер, ему отдается все время и все силы.

13. Паранойяльный тип. Уверенность, что потеря зрения – результат чьего-то злого умысла. Именно при этом типе формируется преимущественно представление о слепоте как о несправедливости. Ярко проявляется тенденция к подозрительности и обвинениям окружающих. В ряде случаев, кроме обычной реабилитационной работы, требуется психиатрическое вмешательство.

Таковы основные типы отношения к собственному дефекту. Но, как показывает практика тестирования реабилитантов в институте «Реакомп» отношение к себе, связанное со слепотой, может не укладываться не в один из описанных типов. Тогда речь может идти о смешанных типах, особенно близких по картине проявлений.

Отношение к дефекту формируется и возникает не сразу после потери зрения. Для этого требуется определенное время, причем это время весьма индивидуально. Поэтому при ранней диагностике (вскоре после потери зрения.) можно получить результаты, не позволяющие отнести незрячего ни к одному из обозначенных типов. Чаще всего это означает, что тип отношения еще не сформирован. Именно это время является наиболее благоприятным для результатив-

ной реабилитационной работы и формирования, в частности, адекватного отношений к дефекту.

Большой интерес представляет вопрос, может ли быть связан тип переживания и отношения к дефекту с показателями интернальности-экстернальности. Проведенные исследования показывают, что среди выше перечисленных типов экстернальные и интернальные личности распределяются неравномерно, хотя могут встречаться в любом типе Экстерналы чаще тяготеют к ипохондрическому, обсессивно-фобическому, сензитивному, эгоцентрическому, паранойяльному типам. При этом экстерналы реже меняют тип отношения к инвалидности. У интерналов динамика иная – в период после потери зрения у них может формироваться один тип отношения, так называемый транзиторный тип. Он может быть любым, даже нехарактерным для интерналов, но впоследствии он меняется на один из типичных интернальных типов. Таким образом, зная локус контроля реабилитанта можно прогнозировать с определенной степенью достоверности тип его отношения к дефекту.

Тип отношения к собственному дефекту явление не случайное. Во многом он определяется свойствами экстернальности-интернальности. Проводимые исследования и наблюдения убеждают в том, что отношение к собственному дефекту есть ничто иное, как повторенное отношение к самому себе.

Утрата зрения приводит к снижению уровня автоматичности разных форм поведения. То, что зрячий делает как бы не задумываясь, слепой вынужден выполнять с участием волевого, сознательного контроля. Деятельность требует большего внимания в качестве контроля ее осуществления. Существующий ба-

ланс между сознательным и подсознательным контролем за протеканием деятельности может быть нарушен за счет усиления сознательного контроля, что приводит к нарушению самой деятельности. Гиперинтенциональность – это чрезмерно активизированный, сознательный контроль за характером протекания тех или иных операций, что в сущности затрудняет осуществление деятельности и опосредованно влияет на уровень самооценки и степень позитивности самовосприятия. Гиперинтенциональным реабилитантам надо давать возможность отвлекаться и расслабляться. В своей новой оценке человек, в сущности, далеко не отступает от своей прежней самооценки. Так известно, что интерналы обладают более высокой самооценкой и более позитивным принятием себя в сравнении с экстерналами. В сущности та же тенденция сохраняется у них в период после потери зрения и отчетливо отражается в типе их отношения к собственному дефекту. Отсюда следует один важный методический вывод – основное направление в преодолении негативных установок по отношению к собственному дефекту должно состоять в работе по формированию более адекватной самооценки вообще, а, главное, в создании условий по позитивному принятию личностью самой себя. Но еще более значимой и эффективной является профилактическая работа, начинающаяся непосредственно вслед за возникновением дефекта и направленная на формирование адекватного отношения к дефекту.

Обучение пространственной ориентации, чтению и письму, приемам самообслуживания, формирование трудовых навыков, рациональное трудоустройство и т. д. – все это не является самоцелью. Это

необходимо для того, чтобы инвалид обрел самостоятельность. Но последнее возможно лишь при ощущении осмысленности жизни, которое возникает тогда, когда человек оказывается способен принимать себя таким, какой он есть, т. е. при наличии адекватной самооценки, правильного отношения к дефекту. Напротив, жесткое неприятие себя является трудно преодолимым препятствием на пути адаптации к новым условиям жизни. В основе гармоничного отношения с окружающим миром лежит гармония в отношениях с самим собой. В основе неадекватного отношения к дефекту – негативное отношение к себе, неприятие своего «Я». Именно поэтому работа по формированию адекватного образа самого себя является, в сущности, основным направлением в процессе коррекции неадекватных установок по отношению к собственному дефекту.

Формирование отношения к собственному дефекту протекает не только под влиянием собственной самооценки. Тогда бы тип отношения к дефекту проявлялся сразу. Этот процесс требует определенного времени. Большую роль в нем играют переживания самого инвалида. На начальных стадиях формирования отношения к дефекту повлиять на тип отношения можно через переживания реабилитанта, при строгом учете принципа уникальности переживаний. Попытки навязывания личностного и профессионального опыта реабилитолога приводит как раз к обратному – к стиранию ощущения уникальности переживаний реабилитантов. Необходимо помнить, что личность остро ощущает уникальность своих переживаний и требует к ним соответствующего отношения. Подчеркивая свои знания, потому что с подобными переживаниями

реабилитолог сталкивался неоднократно, можно тем самым нарушить принцип уникальности. Переживание несчастья от этого не уменьшается. В процессе беседы при подчеркивании типичности переживания, можно закрыть путь к диалогу с реабилитантом и тем самым выключиться из процесса формирования его отношения к дефекту.

Осознание, что его дефект не уникален – это результат длительной внутренней работы самого реабилитанта, это первый шаг на пути принятия дефекта и поиска способов адаптации к нему. Именно на этом этапе чрезвычайно важен пример других людей, оказавшихся в сходном положении и имеющих уже опыт, как реабилитации, поддержанной извне, так и самореабилитации.

Самооценка человека формируется под влиянием окружающих людей – родителей, учителей, коллег и пр. В сущности, самосознание – это отражение самих себя в других. Все, что делается, происходит всегда с учетом кого-то. Вместе с тем практически каждому человеку знаком эффект аудитории – деятельность на глазах у нескольких людей, повышает уровень тревожности и может снизить продуктивность. В присутствии других людей внимание с самого характера деятельности переключается на себя, что препятствует нормальной реализации деятельности. Исследования показывают, что потеря зрения в зрелом возрасте может способствовать стойкой активизации механизма повышенного самонаблюдения – воображаемого присутствия невидимых наблюдателей, которые молча, может быть, издали, оценивают незрячего, его внешность, поведение и т. д. Поскольку при отсутствии зрения невозможно постоянно кон-

тролировать присутствие посторонних наблюдателей, этот механизм функционирует зачастую почти постоянно, приобретая черты навязчивости. Следствием этого может быть постоянное нервно-психическое напряжение, снижение самооценки, формирование неадекватного образа «Я», негативное отношение к себе. Может наблюдаться реакции ухода, аутизации, ограничение контактов в межличностных отношениях.

Неадекватность своего отношения к слепоте может хорошо осознаваться самим незрячим. Преодоление же неадекватной установки предполагает не только осознание ее неадекватности, что само по себе тоже необходимо, но и понимание возможности такого преодоления. Поскольку слепота и отношение к ней сливаются в сознании инвалида в единый комплекс, то преодоление неадекватной установки часто представляется невозможным.

В процессе работы с инвалидами следует постоянно проводить мысль о том, что слепота и отношение к ней не одно и тоже. Возвращение зрения не зависит от воли инвалида и в этом отношении он не несет ответственности за свою слепоту. Но от него зависит выбор своего отношения к слепоте, и он ответственен за это перед собой, перед своими близкими и обществом. Это положение представляется наиболее принципиальным и может быть реализовано в многообразных методических формах, ибо в основе неадекватных установок на дефект чаще всего лежит широко распространенная убежденность инвалидов в своей безответственности за характер отношения к собственному дефекту.

РАСПРОСТРАНЁННЫЕ НЕАДЕКВАТНЫЕ УСТАНОВКИ НЕЗРЯЧИХ, ВЫРАЖЕННЫЕ ИМИ САМИМИ

Отделом социальной и профессиональной реабилитации института «Реакомп» в соответствии с программой «Основы социально-психологической реабилитации», разработанной его сотрудниками, в течение нескольких лет проводились исследования. Они включали психодиагностику инвалидов по зрению, анализ их психологических установок, возможности коррекции этих установок, изучение динамики изменений психологических характеристик в процессе реабилитации. В рамках этого исследования для инвалидов по зрению был разработан опросник.

1. Приходилось ли Вам встречаться с негативными на ваш взгляд установками у инвалидов? (Если возможно, отдельно по слепорождённым и позднооослепшим).
2. Наблюдали ли Вы случаи непонимания между слепорождёнными и позднооослепшими?
3. Если да, то в чём на Ваш взгляд причины этого непонимания?
4. С какими негативными установками незрячих в отношении своих возможностей (реабилитационных, профессиональных, творческих и т.п.) вам случалось сталкиваться?
5. Приходилось ли вам встречаться со случаями негативного отношения слепых, слепорождённых и позднооослепших к миру зрячих (ближайшему окружению и к обществу в целом)?
6. Если да, то каковы, по Вашему мнению, причины этого явления?
7. Существуют ли на Ваш взгляд какие-то специфические для незрячих установки в отношении се-

мейных отношений (выбор супружеской пары, главенство в семье, воспитание детей)?
8. Существуют ли на ваш взгляд в среде незрячих определённые политические предпочтения, которые характеризуют её в частности как более или менее обособленную по своим политическим предпочтениям группу избирателей?
9. Чтобы Вы могли ещё добавить?
10. Если возможно, проиллюстрируйте сказанное примерами.

Ответы на данный опросник были получили от самих незрячих, а также от специалистов, работающих в области реабилитации инвалидов по зрению. Полученные данные были несколько упорядочены. Вопрос о том, являются ли перечисленные установки специфичными для незрячих, или же они свойственны инвалидному сообществу в целом, не являлся темой данного исследования. Теоретически это очень интересный вопрос, но он требует отдельных и весьма трудоёмких исследований, что выходит в настоящее время за пределы поставленной задачи. Ниже приведены ответы респондентов главным образом незрячих, а также реабилитологов с краткими комментариями, представляющими попытку интерпретации или обобщения высказывания.

Отмеченные респондентами неадекватные установки распределены на две группы: свойственные главным образом слепорождённым (или ослепшим в детстве) и характерные для людей потерявших зрение уже, будучи взрослыми людьми. Впрочем, ответы инвалидов по зрению, включенные в эти две группы во многом пересекаются.

Знакомясь с этим списком, следует иметь в виду, что слабовидение или слепота может выступать

как своего рода усилитель уже имевшихся у данного индивидуума психологических проблем. Недостаток зрения обостряет имеющиеся негативные установки или отрицательные черты характера, существовавшие у человека до потери зрения.

Высказывания инвалидов детства:

- *«Окружающие, всё общество должно вознаградить меня за мой дефект».*

Эта установка ориентирует незрячего на иждивенчество, уменьшает его реабилитационный потенциал.

- *«Зрячий всё равно не может понять слепого».*

Негативная установка на общение со зрячими людьми, подозрительность в отношении их, сосредоточенность на узком круге себе подобных. Как следствие у многих формируется убеждение, что «В качестве брачного партнёра лучше выбирать инвалида по зрению, иначе в супружеской паре не будет взаимопонимания».

- *«Я могу работать только в ВОС и более нигде».*

Это убеждение может выражать как страх перед реальными трудностями трудоустройства на открытом рынке труда, так и стремление замкнуться в кругу себе подобных. На практике часто сужает реабилитационные и интеграционные возможности незрячего.

- *«Я не хочу иметь детей, чтобы не подвергать их таким же страданиям».*

В случае, если слепота связана с наследственным заболеванием требуется тщательное обследование соответствующим специалистом, способным дать вероятностный или абсолютный прогноз относительно состояния зрения будущего ребёнка. Если же слепота не связана с наследственными заболеваниями, возможность рождения и воспитания детей зависит от общего состояния здоровья незрячего, его материального и семейного положения.

• *«От меня не ждут ни активности, ни инициативы, да и зачем их проявлять, если рядом зрячие, которые лучше знают, что надо делать».*

Такая позиция, обрекающая незрячего на пассивность, особенно в зрячем окружении приводит к катастрофическому снижению его социального статуса в ближайшем окружении.

• *«Зрячие – уроды, имеют глаза и не пользуются ими. Вот, если бы у меня было зрение, я бы развернулся во всю».*

Такого рода мысли отвлекают от реальных реабилитационных задач и часто служат оправданием бездействию.

• *Презрение к позднооослепшим за их слепецкую «некомпетентность» по сравнению с адаптированным человеком ослепшим в детстве: «я же могу значит и ты должен уметь».*

В основе лежит непонимание того, что навыки жизни без зрения у позднооослепших вырабатываются на совершенно другой основе, чем у слепорождённых, и их выработка требует значительного времени. В некоторых случаях можно говорить и о своеобразном злорадстве по отношению к позднооослепшим как «бывшим зрячим», которые очутились в положении слепого и теперь на своей шкуре испытывают все трудности слепецкой жизни, которые они раньше не сознавали.

• *Завышенная самооценка (в сравнении с реальными возможностями данного человека).*

Часто завышенная самооценка порождается недостататком опыта социального общения и плохой ориентацией в жизни большого социума. Наличие завышенной самооценки чревато разочарованиями в своих возможностях при столкновении с реальными задачами.

• *«Люди должны мне помогать, поскольку они изначально в более привилегированных условиях».*

Ещё одно ложное основание для позиции иждивенчества, снижающей реабилитационный потенциал.

- *«Ну, да, я многое делаю не так, но я ведь не вижу. Я изначально не настроен на совершенство в своих действиях».*

Это убеждение, что от незрячего не следует ждать качественной работы, чрезвычайно вредит профессиональной реабилитации и деятельности незрячего, особенно, если она протекает в окружении зрячих людей.

- *«Я тоже человек, и заслуживаю большего, чем зрячие внимания, поскольку, находясь в таком состоянии, делаю не меньше, а то и больше зрячего».*

Здесь выражена обида на то, что окружающие постоянно недостаточно ценят те исключительные усилия, которые прилагает незрячий человек, чтобы держаться на высоте.

- *«Большинство зрячих тупые, так как не понимают элементарных для слепого вещей, и не хотят понять незрячих, их нужд».*

Действительно, большинство зрячих плохо представляют себе психофизиологическое положение человека, лишённого зрения, что-то преувеличивают, что-то недооценивают, не имеют элементарных навыков взаимодействия со слепыми. Выражаясь профессиональным языком, здесь мы имеем дело с сетованиями по поводу недостаточной распространённости тифлологических знаний среди населения

- *«Я испытываю враждебность в отношении зрячих за то, что они совершенно не понимают слепых»*

Имеется в виду непонимание характера ограничения жизнедеятельности слепых и их нужд, психофизики слепоты. Ещё одна формулировка негативной установки, рассмотренной в предыдущем пункте.

- *«Я хочу во всём превзойти зрячих или, по крайней мере, быть не хуже них в быту, учёбе и на работе».*

Это стремление является следствием завышенной самооценки, не учитывающей естественные ограничения, накладываемые отсутствием зрения. Такая установка чревата разочарованиями и либо последующим резким падением самооценки, либо выработкой жизненной стратегии игнорирования реальности.

- *«Я во многом превзошёл зрячих, я обыгрываю маститых шахматистов, уверенно пользуюсь ПК, имею учёную степень, однако убедился в неверии зрячих работодателей в мои трудовые возможности».*

Предубеждения работодателей в отношении незрячих кандидатов на вакансии, равно как и в отношении инвалидов вообще – это объективно существующее явление. Бороться с ним можно, и это требует специальных навыков самопрезентации, особого упорства и высокой профессиональной квалификации.

- *«Мои зрячие товарищи по работе в моём присутствии относятся ко мне вполне нормально, но стоит мне выйти за дверь, как сразу все начинают рассуждать о моём «убожестве»; мне случайно довелось это услышать, и теперь я не верю, что коллеги считают меня такой же полноценной личностью как и себя».*

Случайно услышанный разговор безусловно стал психологической травмой, приведя к убеждению, что этот, может быть единичный случай, является постоянной практикой коллег.

- *«Я твёрдо убежден(а), что инвалид по зрению должен выбирать себе в качестве партнёра в супружеской жизни только незрячего, допустима разница в степени слепоты».*

Это следствие негативной установки на общение со зрячими (формальное определение групп «своих» и «чужих»), сосредоточенность на узком круге себе подобных по признаку здоровья.

- *«Позднооослепшие – это те же зрячие (хотя и бывшие), то есть чужие».* Это убеждение следствие недостаточной интеграции части слепорождённых в большой социум, тенденции придерживаться круга общения только среди «своих». Отчасти можно говорить о существовании своеобразной субкультуры слепорождённых, воспитывавшихся в специальных интернатах.

Высказывания позднооослепших:

- *«Без зрения жизнь лишена смыслов и радостей».*

Данная установка характерна для первичной стадии адаптации к слепоте и обычно является преходящей;

- *«Не люблю находиться среди зрячих – они «пялятся».*

Это обобщение собственного опыта восприятия слепых и общения с ними, сложившегося до потери зрения.

- *«Я ничего не могу, я никому не интересен; я ни к чему не способен».*

Чувство неполноценности, горечь от утраты социального статуса выражается в таких мыслях. Утрата зрительного контакта с окружающими способствует усилению тревожности в общении со зрячими. Неравенство коммуникативных позиций со зрячим порождает неуверенность, страх, тревогу, подозрительность.

- *«Я не хочу ни перед кем унижаться».*

Так зачастую воспринимается необходимая, особенно, на первых порах после потери зрения помощь зрячих людей. Эта установка способствует социальной изоляции ослепшего человека и снижению его реабилитационного потенциала.

- *Негативное отношение к атрибутам слепоты, белой трости, брайлю.*

Нежелание привлекать внимание зрячих либо неосознанный страх, что атрибуты слепоты и реабилитацион-

ные усилия окончательно закрепят слепоту, которая без них ещё как бы не окончательно утвердилась.

- *«Мне должны помогать люди, которым повезло больше».*

Настрой на иждивенчество. Хотя, конечно, помощь зрячих товарищей необходима, она является не их обязанностью, но проявлением доброй воли.

- *«С их возможностями уж я бы развернулся!».*

Зависть к зрячим, иногда презрение. Подобные мысли, являясь сугубо непродуктивными, отвлекают от конкретных реабилитационных задач.

- *«По отношению к слепорождённым отчуждение – люди другой, низшей культуры».*

Часто такое отношение является продолжением предрассудков в отношении слепых, которые ослепший разделял раньше, когда был зрячим. Это мешает продуктивному общению со слепорождёнными и использованию их опыта и навыков проживания без зрения.

- *«Зачем что-то пытаться сделать, всё равно получится коряво, ведь зрячий человек сделает это и качественнее, и быстрее».*

Это убеждение вызвано огромными трудностями адаптации, которые приходится преодолевать ослепшим. Его следует считать исключительно вредным в плане поддержки реабилитационных усилий.

- *«Я ослеп сразу, неожиданно для себя и всех, кто меня хорошо знал. Во время телефонных разговоров собеседники терялись и спешили закончить разговор непонятно почему».*

Здесь выражена обида на несправедливое отчуждение со стороны знакомых. Возможные причины такого отчуждения: иррациональный страх, которые испытывают многие зрячие перед слепотой; размер несчастья так велик, что люди попросту не находят слов для выраже-

ния чувств, одновременно опасаясь сказать что-то неуместное.

- *«До слепоты я был авторитетным специалистом, но после несчастья меня сразу перестали считать профессионалом в своей области, я стал просто «слепой», но я продолжаю считать себя специалистом, хотя работать по специальности больше не могу».*

Здесь выражены горечь по поводу утраты социального статуса и возможности заниматься своим любимым делом, а также обида на окружающих, которые с такой готовностью приняли потерю социального статуса ослепшего.

- *«Придя в общество слепых, я пытался рассказывать о своей прежней карьере и о том серьёзном деле, которым занимался раньше, но никакого интереса у руководителей и рядовых членов ВОС я не уловил, меня это крайне удручает».*

Потеряв зрение, человек пытается сохранить тот высокий социальный статус, которым обладал до потери зрения. Ему потребуется время, чтобы понять, что в среде незрячих могут действовать внутренние критерии оценки социальной значимости, отличные от мира зрячих, а его демонстрация высокого социального статуса, достигнутого в мире зрячих, могут рассматриваться как высокомерие.

- *«Ослепнув, я почувствовал враждебность зрячих людей, их недоброжелательность, нежелание и полное неумение оказать элементарную помощь в передвижении и в быту. Складывается впечатление, что мир зрячих людей больше чем наполовину состоит из идиотов»*

Раздражение в отношении зрячих, их неспособности понять возможности и нужды слепого человека, их неумение определить, когда слепой что-то может сам, а когда он нуждается в помощи зрячего.

- *«Как только кто-то из супругов теряет зрение, сразу неминуемо должен наступить развод».*

Убеждение, что с потерей зрения супруг или супруга неизбежно должны потерять свой брачный статус, свойственно недавно потерявшим зрение и связано с общим падением самооценки.

- *«Я очень стесняюсь выходить из дому без подруги, так как уверена, что более нелепого, чем одиноко бредущая по улице слепая женщина быть ничего не может».*

Переживания по поводу своего внешнего вида, того, что окружающих он может шокировать свойственно отнюдь не только женщинам. Это обстоятельство сильно мешает развитию мобильности у незрячих и закрепляет их беспомощность. При высоком же уровне мобильности незрячий человек вовсе не производит нелепого впечатления на окружающих, часто наоборот какого рода умения вызывают большое уважение у зрячих людей.

- *«Я относительно молод, но слепота меня полностью уничтожила, и я никогда ничего не смогу в этой жизни сделать полезного».*

Это убеждение, как правило, связано с утратой жизненных смыслов. Через представление, что жизнь кончена, проходит почти каждый человек, потерявший зрение в зрелом возрасте. Это один из этапов переживания психологической травмы, на котором особую пользу могут принести контакты с ослепшими, достигшими высокого уровня реабилитированности.

- *«Мне лучше избавить своих близких от необходимости заботиться обо мне».*

Стремление избавить близких от забот о себе, дезадаптация в привычном социальном окружении зрячих людей. Разводы, как правило, связано с чувством неполноценности, вызванным потерей зрения.

- *«Я не хочу учиться самостоятельному передвижению с использованием трости и чтению по брайлю, так как это подчёркивает факт моей слепоты».*

Неприятие атрибутов слепоты (трость, брайль) можно рассматривать как нежелание принять факт необратимости утраты зрения. Отсутствие атрибутов слепоты позволяет сохранить иллюзию того, что всё осталось по-прежнему, а происходящее – это не более чем временные неприятности.

- *«Я слышал, что многие незрячие вполне самостоятельны в быту и даже учатся и работают. Я этому не могу поверить».*

То есть, ослепнув, человек продолжает разделять предрассудки многих зрячих, которые не могут себе представить выполнения даже простых действий без зрительного контроля.

Такие отрицательные, пассивные установки на свою личность и жизнь мешают и задерживают восстановительный (реабилитационный) процесс, сдерживают движение личности к нормальному, адаптивному поведению в социуме.

Сам факт потери зрения вызывает сильные эмоциональные переживания депрессивного характера, чувство беспомощности, неполноценности и т.д. Поэтому, имеет большое значение проведение бесед психокоррекционного характера для преодоления этих проблем, в том числе и в перестройке отношения к себе. Цель подобных бесед – помочь определить и понять причины психологических затруднений и определить пути их разрешения.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ БЕСЕД ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ХАРАКТЕРА

Под психокоррекционным воздействием или психокоррекцией понимают воздействие на психическое состояние человека с целью изменения его в благоприятную для него сторону.

Психокоррекционное воздействие отличается от других видов воздействия на психическое состояние тем, что оно производится исключительно в ходе общения и средствами общения, то есть без применения лекарственных средств и методов внушения. Следует различать психотерапевтическое воздействие и психокоррекционное, хотя часто они осуществляются сходными методами и границу между этими формами психологической работы можно счесть условной. Различия психотерапии и психокоррекции заключаются в целях и в том, на кого они направлены.

Психотерапия направлена на лечение людей с психическими заболеваниями или стойкими психологическими расстройствами невротического типа. Психокоррекция же направлена на оказание помощи здоровым людям, переживающим ситуативные трудности психологического характера. Этот факт в значительной мере определяет специфику психокоррекционного подхода, которую можно выразить следующим образом: человек, на которого направлено психокоррекционное воздействие, ничем в своей человеческой и психосоциальной сущности не отличается от того, кто оказывает воздействие. Именно поэтому ответственность за результат лежит на обоих участниках психокоррекционного общения.

Мы рассмотрим наиболее простую и распространённую форму психокоррекции – индивидуальную психокоррекционную беседу. Применение других ме-

тодов психокоррекции требует длительной профессиональной подготовки. Исходя из обозначенной выше специфики психокоррекции, можно выделить основные принципы ведения индивидуальной беседы.

Принцип равенства позиций

Суть этого принципа заключается в необходимости для реабилитолога занять внутреннюю позицию равенства с обратившимся к нему человеком. Необходимо стремиться воспринимать обратившегося человека и относиться к нему, как к равному себе. Ни в коей мере нельзя проявлять своего превосходства, основывающегося на должностных преимуществах, наличии специальных знаний, опыта или умений.

Большинство людей негативно реагируют, если в общении с ними вольно или невольно демонстрируется превосходство над ними, и это значительно затрудняет возникновение доброжелательности, доверия и взаимопонимания, необходимых для полноценного контакта. С другой стороны внутренняя позиция превосходства реабилитолога провоцирует пациента принять позицию зависимого и слабого, а это сопровождается ожиданием с его стороны помощи (применительно к психокоррекционной беседе), причем такой, которая не предполагает его собственной активности, усилий и ответственности за результаты. В этом случае ответственность неосознанно возлагается только на реабилитолога, а сам человек занимает позицию, которая образно может быть выражена так: «Сделайте что-нибудь со мной, чтобы у меня все было хорошо».

Такие ожидания не способствуют эффективной психокоррекции, поскольку лишают реабилитолога встречной активности и помощи со стороны обратившегося человека в устранении его затруднений, неблагоприятного психического состояния и т. д.

Кроме того, занятие обратившимся позиции зависимого и слабого фиксирует в нем отношение к себе, как к человеку действительно в чем-то хуже, чем другие, т. е. обостряет переживание своих затруднений, неудовлетворенности, еще больше стабилизирует ошибочные представления о себе.

Все перечисленные моменты имеют особое значение в психокоррекционной работе с незрячими людьми, поскольку они более чувствительны к проявлениям превосходства над ними. Такая особенность объясняется объективно большим количеством ситуаций в жизни незрячих, которые вызывают затруднение (в силу утраты зрения) и требуют большего напряжения и мобилизации психики, чем у зрячих. Это приводит к формированию у незрячих большей значимости своего успеха и неуспеха, по которому строится отношение к себе.

Реабилитологу, стремящемуся оказать психокоррекционное воздействие, необходим постоянный самоконтроль занимаемой позиции и формирование внутреннего настроя на равенство позиций в психокоррекционной беседе. Превосходство может проявляться не только в прямой форме, но и косвенно в покровительственной интонации, контексте фразы, действиях во время беседы. Например, фраза «Что же вы, взрослый человек, и до сих пор не можете найти контакт с людьми» прямо не подчеркивает превосходство говорящего, но в контексте содержит следующий принижающий собеседника смысл: «Взрослый человек умеет налаживать контакт с людьми, а раз вы не можете, то вы не достаточно взрослый, т. е. хуже, чем я, произносящий эту фразу».

Аналогичное непрямое подчеркивание своего превосходства следует, например, из такого дейст-

вия: реабилитолог берет трубку звонящего телефона и прерывает беседу. Здесь нет прямого принижения, но смысл действия носит характер подчеркивания своего превосходства: раз более важным является звонок по телефону еще неизвестного человека, то значит собственные интересы реабилитолога важнее, чем человек, с которым идет беседа. Тем самым реабилитолог со своими интересами невольно демонстрирует над собеседником своё превосходство.

Для того, чтобы избежать мельчайших деталей построения фразы, интонации, действий, выражающих неравенство позиций, своего преимущества перед обратившимся к Вам человеком, необходимо на самом деле воспринимать другого, как равного себе. Принцип равенства позиций, если все же есть убеждение в своем превосходстве, не означает, что нужно заниматься обесцениванием себя. Достаточно не проявлять своего превосходства, а это также требует постоянной работы над собой.

Принцип принятия

В психокоррекционной беседе необходимо полное и безоценочное принятие другого человека, его переживаний, мнений, его особенностей, заблуждений, т. е. принятие его в целом как человека во всех проявлениях. Обратившийся к реабилитологу человек должен чувствовать, что к нему относятся доброжелательно, понимают его и сопереживают вместе с ним. Принятие не означает, что нужно постоянно одобрять и расхваливать другого. Принятие означает, что со стороны реабилитолога не должно быть негативной оценки и осуждения. Причем отсутствие осуждения должно быть не только в словах, но и в самой внутренней позиции реабилитолога. Искренность – залог успеха любой работы с людьми.

В период проведения беседы следует в максимальной степени отказаться от своих собственных пристрастий, системы оценок, представлений о том, что хорошо и что плохо. Надо настроиться на мировоззрение и жизненные ценности собеседника, даже если они чужды вам. Эмоциональное принятие и отношение равенства с другим человеком позволяют достичь неформального, открытого человеческого контакта, который является обязательным условием психокоррекционного воздействия в ходе беседы. Ведь любой человек, нуждающийся в психокоррекции своего состояния, обязательно чувствует дефицит эмоционального, доброжелательного общения. Любые затруднения, снижение эмоционального настроя, сложные переживания увеличивают потребность человека в понимании и тепле окружающих. Но часто изменения в поведении, связанные с состояниями психических затруднений, ведут как раз к обратной реакции окружающих или сам человек считает для себя унизительным прямо просить об эмоциональной поддержке. Это относится в полной мере и к незрячим. В их жизни встречается большее количество ситуаций, которые могут вызвать потребность в психокоррекционной помощи, особенно у лиц, недавно потерявших зрение в зрелом возрасте.

Принятие другого человека связано со способностью к эмпатии (сопереживанию). Под эмпатией понимается умение проникнуться переживаниями другого человека, встать на его место, понять в результате его эмоциональное состояние. Навыки эмпатии поддаются развитию как с помощью специального обучения в группах социально-психологического тренинга, так и с помощью самообучения. Занимаясь самообучением, необходимо, общаясь с другим че-

ловеком, постоянно задавать себе вопрос: «Что бы чувствовал и переживал я, окажись на его месте?» и по поведению, высказываниям, чувствам другого человека стремиться понять, насколько они совпадают с тем, что вы представили.

Принцип безопасности обратившегося к вам человека

Этот принцип предполагает постоянный отчет самому себе в том, не оказывает ли психотравмирующего воздействия психокоррекционная беседа, и каковы будут ее последствия. Недаром лозунгом врачевателей душ и тела издавна были слова Гиппократа: «Не навреди!» Для того, чтобы избежать негативных результатов психокоррекции, необходимо точно представить себе, как воспринимает ваши слова, ваше отношение к себе другой человек, что может вызывать у него негативные переживания, с которыми он не в состоянии воспринимать не очень приятную информацию о себе.

Если нет уверенности в безопасности психокоррекционной беседы, лучше отказаться от ее проведения в данный момент, проконсультироваться со специалистом, побеседовать с окружающими, подготовиться к ней самому и подготовить обратившегося. В целях исключения случайных негативных последствий психокоррекционной беседы должно строго соблюдаться требование анонимности. Любая информация об обратившемся к реабилитологу человеке, которая может ему повредить, должна быть закрыта для посторонних или некомпетентных лиц. Доступ к этой информации должен быть только с разрешения реабилитолога, который несет всю ответственность за последствия. Принцип безопасности должен строго соблюдаться применительно к незрячим, особенно

недавно потерявшим зрение и неустойчиво адаптировавшимся к своему дефекту.

Принцип неосуждения

В соответствии с этим принципом реабилитолог не должен (в любой форме) проявлять свою негативную оценку по отношению к обратившемуся человеку, независимо от того, нравятся или не нравятся ему представления, убеждения, переживания или поступки другого человека. Необходимо, сохраняя доброжелательное отношение, объяснить человеку его ошибки, заблуждения, помочь понять их. Необходимость соблюдения этого принципа вытекает, с одной стороны, из задач психокоррекционной беседы помочь, а не наказать и, с другой стороны, из собственной реакции человека на осуждение.

Осуждение, как правило, вызывает потерю доверия и либо агрессивную реакцию, либо депрессивные эмоциональные реакции, что только усугубляет неблагоприятное психическое состояние человека, а не способствует его преодолению. И в любом случае слова реабилитолога потеряют значимость для обратившегося к нему человека, а, следовательно, и утрату возможности психокоррекционного воздействия. Осуждение как форма психокоррекции и психотерапии возможно для применения лишь в особых случаях, и требует высочайшей профессиональной подготовки и огромного опыта работы.

В результате применения вышеперечисленных принципов наблюдается повышение адекватности самооценки а также увеличение числа взаимодействий с положительной эмоциональной окраской (проявление солидарности, проявление понимания, снятие напряжения), во взаимодействии снижается отрицательный эмоциональный фон.

СОВЕТЫ РЕАБИЛИТОЛОГУ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ БЕСЕДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ХАРАКТЕРА

Этапы психокоррекционной беседы

Любая психокоррекционная беседа состоит из нескольких этапов, каждый из которых направлен на решение определенной задачи, а в целом реализует психокоррекционное воздействие.

В конкретных беседах объем каждого этапа может меняться и границы между этапами могут быть не вполне четкими. Для человека, на которого направлена психокоррекция, границы этапов вообще не должны быть заметны, переход между ними осуществляется плавно и естественно.

Задачей первого этапа беседы является создание психологического контакта, основанного на доверии, так называемого раппорта. Без достижения раппорта содержательная часть психокоррекционного воздействия не имеет смысла. Именно доверие к реабилитологу позволяет строить психокоррекционное воздействие, позволяет человеку быть максимально искренним. Для создания атмосферы доверия необходимо использовать все вышеперечисленные принципы ведения индивидуальной беседы и другие доступные средства.

Предметное окружение и обстановка должны быть направлены на создание у человека комфорта, должны свидетельствовать о том, что все внимание будет уделено именно ему. По этому мебель в кабинете должна быть удобной. Помещение не должно быть большим. Необходимо предусмотреть, чтобы ничего не мешало беседе (шум, посторонние звонки, визиты других людей и т. д.).

В беседе необходимо снять нервно-психическое напряжение, вызванное новизной ситуации, проявить искреннюю заинтересованность и внимание. Для этого можно встретить слепого у двери, проводить к креслу. Если он первый раз в кабинете, неплохо познакомить его с обстановкой. Перед началом беседы можно сделать несколько посторонних замечаний, касающихся обстановки, самого себя или еще чего-либо, чтобы снять напряжение первого момента, проявить заботу об обратившемся (например: «Садитесь, здесь Вам будет удобнее...», «Вам не мешает? и т. д.), чтобы он почувствовал внимание и интерес к себе.

Если беседа началась сразу и обратившийся не испытывает затруднений, рассказывая о себе, то реабилитологу лучше всего настроиться на так называемое активное слушание. Активное слушание предполагает стремление к контакту с собеседником, интерес к тому, что он говорит, и к нему самому. Для достижения этого можно предложить некоторые практические приёмы:

а) повторение ключевых слов или фраз как бы для уточнения правильности понимания. Это создает у собеседника чувство того, что его стремятся понять, что им интересуются. Например, «Вы говорите, что,..»;

б) просьба повторить какой-то кусок из разговора для более точного понимания. Например, «Я не совсем понял...»;

в) употребление различных слов, подтверждающих внимательное слушание. Например, «Да-да», «Интересно» и т. д.

Использование этих приемов должно быть естественным и отражать искренний интерес и внимание к собеседнику.

Особенно важно это при беседе с незрячими, поскольку долгие паузы, молчание дезориентируют незрячего, вызывают напряжение и беспокойство. То, что зрячий человек видит интерес к себе по выражению лица, глаз, движениям, избавляет реабилитолога от необходимости дополнительного речевого проявления интереса и внимания. Для беседы с незрячим словесное подтверждение понимания совершенно необходимо.

Если беседа начинается трудно, разговор не складывается, то прежде всего необходимо понять, что мешает собеседнику: его собственное стеснение, обстановка или какое-то опасение, и постараться устранить их.

Для активизации собеседника можно сообщить ему, что вы знаете, о чем он думает («Мне кажется, я знаю, о чем Вы думаете...»). Этим подчеркивается интерес к собеседнику, повышается желание ответить вам, причем желание ответить возникает вне зависимости от правильности предположения. Это – лишь повод для дальнейшей беседы.

Для поддержания беседы полезен такой несколько рискованный прием: опережение мысли собеседника, высказывание ее раньше собеседника. Это вызывает доверие к реабилитологу, как человеку понимающему, сочувствующему ему, но только, если опережающее высказывание не ошибочно. В противном случае и результат будет обратным (если человек активен, то такой прием только раздражает его).

Следующий важный этап психокоррекционной беседы – этап диагностики. Он начинается практически одновременно с первым, но в качестве основного

выступает, когда установлен контакт, есть доверие и откровенность со стороны обратившегося человека.

На этапе диагностики необходимо понять:

- в каком настроении находится человек в настоящий момент, возбужден он, спокоен, угнетен и т. д., какова причина этого состояния;
- каковы психологические особенности обратившегося человека: уровень его культурного и интеллектуального развития, особенности характера;
- истинные, объективные или психологические причины затруднений, вызвавшие неблагоприятное психическое состояние;
- что хочет получить от реабилитолога обратившийся к нему человек: эмоциональную поддержку и сочувствие (т. е. нуждается в сопереживании), совет, конкретную помощь в реализации своих планов, помощь в разрешении своих психических затруднений, подтверждение своей правоты в сложной ситуации.

Лишь после уяснения перечисленного круга вопросов можно переходить к завершающему и основному этапу психокоррекционной беседы – собственно психокоррекционному воздействию.

Следует отметить, что ответы на перечисленные вопросы нельзя получить, прямо задавая тот или иной вопрос. Кроме того, сам обратившийся, как правило, не осознает того, что необходимо понять реабилитологу. Именно поэтому имеет решающее значение не только знание особенностей протекания психических процессов, особенностей личности человека, закономерностей общения людей, но и солидный практический опыт.

При недостаточной квалификации необходимо использовать все возможности самообразования и обучение на различных курсах и семинарах, касающихся этих вопросов. Пробелы в психологических знаниях лишь частично могут быть компенсированы личным опытом, а во многих случаях личный опыт даже препятствует объективному восприятию чужих проблем. Эти причины ограничивают возможности применения психокоррекционной беседы снятием неблагоприятного эмоционального состояния, возникшего в результате какой-либо конкретной ситуации, а также решением того круга психологических проблем, который знаком реабилитологу по личному опыту. Своеобразным «сигналом» о том, что собственных знаний и опыта не хватает, является непонимание причин и мотивов того или иного поведения и состояния обратившегося к вам человека, а также наличие внутреннего сомнения в правильности понимания. В этом случае необходимо проконсультироваться со специалистом.

Для проверки правильности понимания другого человека можно попытаться спрогнозировать, что и как он будет делать в дальнейшем, как он поступит. Если прогноз не совпадает – необходимо отказаться от попыток психокоррекции в этом конкретном случае, пока другой человек не будет понят достаточно глубоко.

Собственно этап психокоррекции и способы ее осуществления основываются на том, что хочет получить обратившийся к реабилитологу человек. Если ему в большей степени необходимо понимание и сопереживание для того, чтобы справиться со своим состоянием, то необходимо дать ему максимально высказаться, используя приемы активного слушания, если этого недостаточно, то можно использовать

прием снятия уникальности переживания. Его суть – показать человеку, что его несчастья, переживания, проблемы не являются какими-то особыми, свойственными только ему, но встречаются у многих людей. Тем самым снижается острота переживания. Этого можно достигнуть, рассказав несколько похожих случаев, произошедших с другими людьми. При этом не рекомендуется прямо говорить о том, что переживания человека не так тяжелы, как он считает. Наоборот, необходимо показать, что его переживания вас затрагивают, вы понимаете, что ему трудно. При этом желательно рассказать о других известных вам случаях.

Прямое снятие уникальности переживаний возможно только в том случае, если человек безраздельно вам верит, и вы в достаточной мере для него авторитетны. Если ведущим желанием является получение у вас совета, то совет не следует давать прямо, как это делается в обыденной жизни: сделай то-то и то-то. Если бы человек не сомневался, как ему поступить, то и сам нашел бы выход. В этом случае необходимо помочь ему найти удобный и правильный для него выход, т. е. дать совет в косвенной форме. Для этого можно воспользоваться приемом совместного рассуждения. Этот приём позволяет другому человеку точнее и глубже понять все плюсы и минусы различных вариантов поведения и, что весьма существенно, оставляет право выбора за ним.

Первоначально нужно определить все возможные варианты поведения и затем последовательно вместе с ним их проанализировать. Анализ лучше осуществлять следующим образом: предложить человеку представить, что он выберет один из возможных вариантов, а затем помочь ему разобраться в

том, к каким положительным и отрицательным последствиям это может привести, стремясь при этом понять, какие последствия имеют наибольшее значение для человека, а какие менее важны. В ходе анализа происходит активное совместное рассуждение.

Поняв, какие последствия наиболее важны для человека, и к какому варианту он больше склоняется, можно поддержать этот вариант и сказать, что он наиболее правильный. Если определить это не удалось, необходимо расширить область возможных действий и попытаться найти какие-либо другие варианты поведения.

Для того, чтобы помочь человеку принять оптимальное решение применяется и такой приём как доказательство от противного. Этот прием усиливает желание человека поступить определенным образом, если он недостаточно уверен в правильности своего решения. Прием эффективен в том случае, если вы чувствуете, что другой человек склоняется к определенному способу поведения.

Суть приема заключается в следующем. Необходимо порекомендовать другому человеку поступить определенным образом (прямо противоположным тому, к которому он склоняется), дав понять, что вы сами не до конца уверены в своей правоте (например: «Мне кажется, что лучше всего поступить следующим образом...» или «А почему бы не поступить так...»). Если вы позволяете возражать, то другой человек начнет отстаивать тот способ поведения, к которому он больше склоняется, и тем самым убеждать самого себя в своей правоте, что повышает уверенность и желание поступить именно таким образом. В ходе обсуждения необходимо осторожно высказы-

вать сомнения, оставляя другому возможность несогласия (например, в такой форме: «Вы правы, но...»). Оба приёма (совместное рассуждение и доказательство от противного) могут эффективно взаимно дополнять друг друга. Например, после выяснения более желанного для человека способа поведения в ходе совместного рассуждения можно использовать доказательство от противного.

В том случае, если обратившийся ищет доказательство своей правоты, возможны два варианта психокоррекционного воздействия. Первый – не подтверждая его правоту, внимательно выслушать, дать возможность снять эмоциональное напряжение и сказать, что правильность или неправильность его позиции зависит не от того, что скажет реабилитолог, а от тех последствий, к которым это приведет. В том случае, если человек готов рассмотреть последствия, беседа проводится так же, как и в случае обращения за советом. В противном случае необходимо сказать, что вы ничем ему помочь не можете. Второй – предложить ему понять, почему он нуждается в подтверждении правильности своей позиции. Этот вариант возможен в том случае, если вы чувствуете неправоту обратившегося человека. Следующим шагом будет ведение беседы, направленной на решение психологических проблем и затруднений.

Психокоррекционное воздействие в области решения психологических проблем и затруднений – наиболее сложная часть беседы и требует специальных знаний в области психологии личности. Объем пособия не позволяет подробно рассмотреть этот вопрос, поскольку он требует привлечения большого количества материала из области психологических

теорий, а представление этих теорий – особая задача. Поэтому, если реабилитологи все же сталкиваются с необходимостью решения психологических проблем, мы решили предложить возможный выход, не требующий специальных знаний, а основанных на использовании личного жизненного опыта реабилитолога. В этом случае необходимо:

- помочь человеку понять истинные причины своих проблем и затруднений, лежащих в нем самом, особенностях его поведения, структуре личности, отношениях к другим людям и т. д. (именно эти причины наиболее сложны для понимания, поскольку человек слишком часто стремится искать эти причины вне себя);
- совместно найти способы разрешения проблем реабилитируемого. Для этого можно попытаться использовать личный жизненный опыт, понимая, что в этом случае эффективность и возможность психокоррекции значительно сокращаются, затем понять суть проблемы или затруднений, рассказанных человеком, постараться встать на его место и вспомнить из опыта своей жизни или жизни других людей похожие случаи. Основываясь на личном опыте, решить для себя, чтобы вы стали делать? Затем нужно максимально подробно рассказать, как бы вы поступили на его месте, почему вы поступили бы именно так.

Если есть пример из жизни, закончившийся разрешением аналогичной проблемы, – расскажите о нем подробно, по возможности акцентируя внимание на сходстве ситуаций. В конце беседы, если не удалось справится со своими проблемами и затруднениями, можно посоветовать обратиться к психотерапевту.

Решение задач, соответствующих каждому этапу психокоррекционной беседы, часто невозможно

при одноразовой встрече. И на практике, как правило, необходимо проведение нескольких встреч. В связи с этим встает особая задача заинтересовать обратившегося к вам человека в последующей работе. Поэтому при планировании последующих встреч нужно подобрать аргументы, убеждающие конкретного человека в необходимости повторной беседы. В этом может помочь преимущественно практический или личный опыт ведущего беседу, а также его понимание состояния и проблем конкретного человека.

Возможные схемы психокоррекционной беседы

В зависимости от конкретных причин обращения возможны различные схемы собственно психокоррекционного этапа беседы.

Ниже приводятся несколько наиболее распространенных схем завершающей части беседы.

1. Разговор и жалобы касались состояния человека, его самочувствия, нарушения сна, раздражительности, утомляемости и т. д.: определить, какую роль в изменении состояния играют различные физические заболевания и условия работы. Если они играют существенную роль, то необходимо убедить человека воспользоваться теми возможностями, которые имеются на предприятии (лечебная физкультура, аутогенная тренировка, релаксация в комнате психологической разгрузки, изменение режима работы), или обратиться в психоневрологический диспансер. Конкретный путь выбирается в зависимости от реальных возможностей и склонностей обратившегося человека; если физические причины, вызванные заболеванием, несущественны, то необходимо опреде-

лить, какие взаимоотношения с окружающими и в какой области нарушены. Следующий шаг – решение этих проблем и затруднений в зависимости от реальных возможностей реабилитолога.

2. В случае, если обратившийся человек не может найти объяснение своему состоянию или объяснение является неубедительными и вы сами не можете найти эту причину, то необходимо, оказав эмоциональную поддержку, направить его на консультацию к психологу или в психоневрологический диспансер.

3. Содержание беседы относилось к конкретным конфликтам на предприятии: если это возможно, необходимо устранить объективную причину конфликтов; если же такой возможности нет, то следует совместно с обратившимся найти способ поведения в сложившейся ситуации.

4. Содержание беседы касалось проблем и затруднений во взаимоотношениях в семье (между супругами, детьми, родственниками и т. д.): если обратившийся пришел за советом, то необходимо совместно найти способ поведения и помочь решить, как ему поступить; если у обратившегося нет ярко выраженного стремления получить совет, а он пришел за помощью в любой ее форме, то необходимо оказать эмоциональную поддержку и на основе своего личного опыта попытаться помочь в решении проблем и затруднений.

5. В беседе выясняется, что обратившийся пришел поделиться своими переживаниями. Необходимо оказать ему эмоциональную поддержку и сочувствие.

6. В беседе выясняется, что обратившийся при-

шел из интереса к какой-либо области человеческих взаимоотношений. Если у него нет готовности решать собственные проблемы в этой области, то необходимо ограничиться информацией по этому вопросу и порекомендовать ознакомиться с соответствующей литературой или посетить популярные лекции.

Приведенные схемы не исчерпывают всего многообразия форм психокоррекционной беседы, именно поэтому не следует формально придерживаться только этих схем, а стремиться к самостоятельной творческой работе.

Еще раз об особенностях проведения психокоррекционных бесед с незрячими

Особенности проведения бесед с незрячими обусловлены следующими обстоятельствами:

1) неполнотой информации о собеседнике и обстановке, связанной с ограничением или отсутствием зрительного восприятия, что предъявляет специфические требования к технике проведения беседы;

2) встречающимися у незрячих ошибочными установками и представлениями, которые могут изменить их отношение к зрячим.

Оба обстоятельства затрудняют возникновение доверительного контакта (раппорта) в ходе психокоррекционной беседы.

Первая группа обстоятельств предъявляет следующие требования к проведению беседы:

а) обеспечить максимальное постоянство обстановки беседы (необходимо исключить все факторы, которые могут так или иначе изменять обстанов-

ку: посторонние звуки, перемещение предметов, вмешательство других людей и т. д.);

б) помнить, что ваши жесты, поза, движения, выражение лица не воспринимаются незрячими, и основная смысловая нагрузка ложится на интонационные, тембровые и ритмические характеристики речи. Необходимо, чтобы речь была максимально выразительной и естественной.

Вторую группу обстоятельств следует учитывать при формировании контакта между незрячими и реабилитологом, поскольку, с одной стороны, они могут влиять на возникновение недоверия к реабилитологу в той или иной форме и, с другой стороны, вызывать у реабилитолога негативные отношения к незрячему. Следует понимать, что те или иные оценки и высказывания незрячего могут быть обусловлены наличием у него ошибочных представлений и установок и не иметь прямого отношения лично к реабилитологу, что ставит дополнительную задачу их коррекции в ходе беседы.

Ниже мы приводим наиболее распространенные из ошибочных представлений, еще раз напоминая, что практическая коррекция таких представлений должна проводиться исходя из вышеперечисленных требований к проведению психокоррекционной беседы и с учетом конкретных особенностей обратившегося человека.

Ценность человека зависит от его физической полноценности. Если это ошибочное представление укоренилось в нашем сознании, то может приводить к постоянному чувству неполноценности, унижения,

страха и т.д. и в очень большой степени влиять на взаимоотношения с людьми.

Сталкиваясь с такими представлениями у незрячего, необходимо показать ему, что он заблуждается. Истина заключается в том, что физическая неполноценность в той или иной мере имеется у каждого человека, но она становится проблемой лишь в том случае, если человек пытается достичь чего-либо, не учитывая своих возможностей. При этом он неосознанно выбирает такие ситуации, где его физические недостатки будут проявляться с наибольшей силой, обусловливая заведомую неудачу. Здоровая линия поведения проявляется в выборе ситуаций и занятий, которые нам по силам.

Слепые люди могут быть или особо одаренными, или дефективными в умственном плане. Если слепой утвердился в этом представлении, то он часто рассматривает себя как дефективного в умственном отношении, если не обладает способностями достаточными для того, чтобы, например, легко выучить азбуку Брайля или успешно закончить университет. Самые обычные человеческие ошибки могут вызывать у него в этом случае обостренное чувство собственной беспомощности, тревогу, страх и т. д.

Сталкиваясь с этим, необходимо объяснить слепому, что он такой же человек, как и все, и ему, как и всем, свойственно ошибаться. И не следует рассматривать это как признак собственной умственной отсталости.

Слепого может понять только слепой. Если слепой разделяет эту распространённую негативную ус-

тановку, то он может свести до минимума общение со зрячими или вообще отказаться от него, что может привести к самоизоляции, одиночеству.

Сталкиваясь с такими представлениями, нужно стремиться объяснить, что, несомненно, одинаковые тяжелые переживания сближают людей, но взаимопонимание основывается не только на этом. Взаимопонимание основывается на жизненном опыте, общности интересов, уровне личностного развития и многих других факторах. Разве нет среди слепых людей недалеких и бесчувственных? Причина непонимания не слепота, а отсутствие интереса друг к другу, безразличие или неумение общаться. Реабилитолог может мягко и доброжелательно обратиться к жизненному опыту слепого, попытаться найти истинные причины непонимания в конкретных ситуациях и постараться помочь ему.

Слепота – это всегда право делать ошибки или не нести никакой личной ответственности. Если у слепого, имеются такие представления, то он будет постоянно считать себя беспомощным и делать те же самые ошибки, испытывать одни и те же трудности, которые будут приводить к негативным переживаниям. В сущности, это позиция ребенка, а не взрослого человека. Сталкиваясь с такими убеждениями, следует стремиться показать слепому, что его позиция может привести к постоянным неудачам. Несомненно, слепота связана со значительными и многочисленными трудностями, но если все трудности рассматривать как следствие слепоты, то человек постоянно будет позволять себе делать только то, что ему

легко, и если что-то не получается, не нести за это личной ответственности. Такая позиция, естественно, будет вызывать у кого-то жалость, унижающую слепого, а у большинства – чувство неприязни. Слепой, как и любой другой человек, обучаясь и воспитывая себя, преодолевая трудности, может достигнуть успеха и уважения окружающих в любой области: в учебе, на работе, в отношениях с окружающими, в семейной жизни. Неудачи неизбежны и естественны для любого человека, и причины их различны.

Слепые могут быть полностью независимы от зрячих. Такие представления ведут к сверхвысоким требованиям к себе, которые невыполнимы. В этом случае слепой будет постоянно сталкиваться с неудачами и болезненно их переживать. Встречаясь с такими представлениями, следует подвести слепого к мысли, что они невольно могут являться причиной своих неудач. В мире все люди, зрячие и слепые, в разных жизненных ситуациях зависят друг от друга. Нередко наше настроение зависит от настроения окружающих и наоборот, успехи в работе начальника в значительной степени зависят от работы его подчиненных, успехи ученика зависят от помощи его учителя и т. д. Таких зависимых связей между людьми огромное количество, и нет необходимости стремиться к полной независимости в ситуациях, где зависимость друг от друга является объективной и нужной, более того, это стремление может стать разрушительным.

Таким образом, потеря зрения вызывает значительные перемены в жизни человека, связанные с изменением его возможностей в области практической дея-

тельности, социальных и межличностных отношений. В каждой из этих областей значительно меняются возможности человека и, как следствие, возникает конфликт между старым отношением к себе до потери зрения и новым – после потери зрения. При возникновении «конфликтного личностного смысла Я» нарушается чувство целостности, интегрированности «Я». Его восстановление идет в двух основных направлениях.

Первый путь – отрицание факта собственной активности в выборе поведения. Включаются различные механизмы психологической защиты, направленные на избегание конфликтности «Я» и сохранение существующего представления о себе без изменений. При этом реализуются механизмы защиты либо по типу вытеснения проблем, либо по типу искажений восприятия.

Второй путь – осознание мотивов, целей, жизненных планов личности в той или иной степени реализуемых. Осознается конфликтность «Я», ее причин и содержания одновременно с пониманием роли собственной активности. В этом случае происходит процесс концентрации своих усилий на изменении себя (изменении своих личностных качеств, переосмысление ценностей и т. д.). Коррекция позволяет познать и изменить способ поведения и переживания, являющийся причиной их дезадаптации.

В ходе коррекционных бесед может произойти изменение различных аспектов самосознания и изменение характеристик общения, связанных с большим эмоциональным принятием и изменением форм обратной связи. Чаще всего в результате таких занятий наблюдаются:

- Изменение предрассудков и появление непредубежденности;
- стремление к кооперативному поведению;
- изменение восприятия других;
- увеличение конструктивности поведения.

Все эти направления необходимы и являются составной частью общей системы обучения в реабилитационном учреждении. Они формируют гражданскую позицию личности, усиливают ее адаптационные возможности в социуме. Психокоррекция отношений незрячего к самому себе и его отношений с социальным окружением – основная задача социально-психологической реабилитации и способствует формированию умений общения с окружающими в условиях утраченного зрения. В перспективе это может быть направлено на:

- переориентацию в личных ценностях, замену привычного типа поведения на адекватный данным обстоятельствам;
- развитие приспособительных навыков и способов действия (для будущей профориентация);
- решение самостоятельно жизненных проблем и реализацию своих планов,
- развитие навыков самоуправления по снятию нервно-психической напряженности

Активность человека определяется как биологическими, так и социальными факторами, причем последние в этом взаимодействии оказываются ведущими. Иными словами, нарушение зрительных функций не является непреодолимым препятствием на пути формирования всесторонне развитой личности.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов В.В. Психическая саморегуляция как составная часть реабилитации незрячих: Методические рекомендации. – М.: РИО ВОС, 1985. – 47 с.

2. Бараш В.А., Демьянов Ю.Г. Трудности в общении инвалидов по зрению и пути их устранения: Методические рекомендации / Под ред. А.Г. Литвака. – М.: ИПТК «Логос» ВОС, 1991. – 44 с.

3. Быков А.А. Социально-психологическая реабилитация инвалидов по зрению (преодоление посттравматического синдрома у недавно ослепших) / Под ред. С.Н. Ваньшина, О.В. Сергеевой. – М.: ИПТК «Логос» ВОС, 2004. – 48 с.

4. Гудонис В.П. Основы и перспективы социальной адаптации лиц с нарушенным зрением. – М.: МПСИ: Воронеж: НПО «МОДЭК», 1998. – 288 с.

5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1987.

6. Литвак А.Г. Очерки психологии слепых и слабовидящих: Учеб. пособие. – Л.: ЛГПИ им. А.И. Герцена, 1972. – 228 с.

7. Литвак А. Г. Тифлопсихология: Учеб. пособие для студентов педагогических институтов.— М.: Просвещение, 1985.

8. Психология социальной работы: Учебное пособие/ О.В. Александрова, О.Н. Боголюбова, Н.Л. Васильева и др. – СПб.: Питер, 2004. – 351 с.

9. Психологическая коррекция установок на инвалидность у ослепших: Методические рекомендации./ Под ред. А.Г. Литвака. – Л.:РГПУ им. А.И. Герцена – 49 с. 1993.

10. Рабочий словарь тифлореабилитолога/ Под ред. С.Н. Ваньшина. – М., 2007. – 76 с.

11. Силкин Л.Н. Психологическое обеспечение элементарной реабилитации слепых: Метод. пособие. – М.: РИО ВОС, 1982. – 75 с.

12. Силкин Л.Н. Психологическая диагностика личности и психотерапия инвалидов по зрению: Метод. пособие. – М.: РИО ВОС, 1984. – 84 с.

13. Солнцева Л.И. Психологические проблемы незрячего в трудных и экстремальных ситуациях // Специальная психология. – 2005. – № 1(3). – С. 5-20.

14. Хрусталев А.С. Проведение индивидуальных бесед психокоррекционного характера. – М.: ИПТК «Логос» ВОС, 1990. – 19 с.

15. Хрусталев С.А., Гильд С.А., Боброва Л.И. Методика и практика социально-психологической реабилитации. М.: ВОС, 1986.

16. Чалек О. Психотерапия для лиц с тяжелым дефектом зрения. Пер. с чешского, из сб. Tyflologicke listy, 1982

17. Шкляев А.В. Понять и помочь: Практическое руководство по реабилитации незрячих. – М. ИПТК «Логос» ВОС, 2004. – 171 с.

18. Эйчел В. Дж. Поведение слепых. Пер. с англ. из журнала «Journal of visual impairment and blindness»/, 1978, № 4.

КОРРЕКЦИЯ НЕГАТИВНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

БЫКОВ А.А.

Негосударственное учреждение
«Институт профессиональной реабилитации
и подготовки персонала
Общероссийской общественной организации инвалидов
Всероссийского ордена Трудового Красного Знамени
общества слепых «Реакомп»

129090 г. Москва, Протопоповский пер.,д.9,стр.1
тел./факс (495) 680-7515
www.rehacomp.ru
e-mail: info@rehacomp.ru

Подписано в печать 18.12.2007 г.
Формат 60x84 $^{1}/_{16}$ Объем 3,0 усл.печ.л.
Тираж 500 экз. Заказ №3403/7
Отпечатано ООО НВП «ИНЭК»
125171, г. Москва, Ленинградское ш., дом 16, стр 3