

Т. 88.4  
1786

РОССИЙСКОЕ  
ОБЩЕСТВО ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ  
ОБЩЕСТВО СЛЕПЫХ

# Психологическое обеспечение элементарной реабилитации слепых

МОСКВА 1988

18

128.52  
1786

ВСЕРОССИЙСКОЕ  
ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ  
ОБЩЕСТВО СЛЕПЫХ

МС 2502/11

# Психологическое обеспечение элементарной реабилитации слепых

Сборник статей

МОСКВА — 1988

Спец. библиотека  
для слепых  
Г. Сергеев

Сборник ставит своей целью показать, как решаются психолого-педагогические задачи работы с поздноослепшими, психокоррекция состояний, вызванных потерей зрения, обучение методам психической саморегуляции, обучение общению в малых группах и в коллективе, формирование черт личности, необходимых для эффективной адаптации после утраты зрения; как повысить эффективность элементарной реабилитации в целом, организуя на основе данных изучения личностных особенностей утратившего зрение индивидуально-дифференцированный подход к нему.

Сборник предназначен для реабилитологов, председателей первичных организаций и широкого актива ВОС.

Под общей редакцией **З. Г. Ермолович**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭЛЕМЕНТАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЛЕПЫХ

Сборник статей

Главный редактор Е. М. Панина  
Редактор В. А. Кузнецова  
Художник обложки Л. А. Калинина  
Художественный редактор Б. А. Котляр  
Технический редактор Г. П. Грачева  
Корректор И. Н. Лямм

Взято в набор 08.06.88. Подписано в печать 01.09.88. Формат 60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Литера типографская № 1. Усл.-печ. л. 5,75. Уч.-изд. л. 5,8. Тираж 1000 экз.  
ак. № 817. Изд. № 26. ТП-1988 г., поз. 19. Цена 86 коп.

Редакционно-издательский отдел  
Центральное полиграфическое УПП ВОС  
29164, Москва, ул. Маломосковская, 8

© Всероссийское общество слепых (ВОС), 1988

З. Г. Ермолович

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

Психолого-педагогические аспекты реабилитации... Называя так статью, предвижу возражения: «Почему только аспекты?». Особенно тех авторов, кто выделяет психологическую реабилитацию как отдельное направление, тесно взаимодействующее и с другими направлениями реабилитационной работы, и тех, кто считает психологическую реабилитацию самостоятельным видом, как, например, медицинская реабилитация. Давайте обсудим этот вопрос в конце статьи, когда проведем анализ целей, задач и содержания психолого-педагогической работы на различных этапах реабилитации поздноослепшего: на первоначальном этапе после утраты зрения и этапе элементарной реабилитации. Один из них, первоначальный, начинается еще в клинике. Другой для поздноослепших Ленинграда и Ленинградской области проходит в Центре реабилитации (РЦ) ЛП ВОС.

Такая поэтапность реабилитации утративших зрение имеет большое значение для достижения ее главной цели — «формирование морально-волевых качеств личности и ее готовности к активной самостоятельности» [1]. Во имя этой цели и организуется учебно-восстановительный процесс. Достигнуть ее можно, если все этапы, направления, звенья реабилитации решают конкретные психолого-педагогические задачи. Они могут быть задачами общего порядка, присущими нескольким составным элементам реабилитации и перерастающим в исходные принципиальные позиции, и частными, конкретными, принадлежащими только этому элементу реабилитационной системы.

Остановимся на психолого-педагогических задачах, последовательно решаемых РЦ ЛП ВОС и на этапе первоначальной реабилитации после утраты зрения, и в процессе элементарной реабилитации, особенно в курсе таких учебно-восстановительных дисциплин, как «Реабилитация на первоначальном этапе после утраты зрения», «Психокоррекция», «Курс по формированию умений общения с окружающими в условиях утраченного зрения», «Работа с родственниками».

Главную психолого-педагогическую задачу реабилитологи РЦ ЛП ВОС видят в необходимости стимулировать процесс переживания утраты зрения, «организовывать, направлять его, обеспечивать благоприятные для него условия, стремясь к тому, чтобы процесс в идеале вел к росту и совершенствованию личности или по крайней мере не пошел патологическим или социально неприемлемым путем» [2].

А. Н. Леонтьев писал, что психология личности есть психология драматическая. Почва и центр этой драмы — борьба личности против своего духовного разрушения. Задача реабилитолога — не дать такому тяжелому суровому испытанию, как утрата зрения, «обескровить», обессилить, сделать беззащитной личность в этой борьбе. Прежде всего, с вероятностью бездуховного существования, за сохранение своего духовного мира.

Это положение подтверждают конкретные примеры.

Окончательно утратившая зрение 70-летняя женщина, библиотекарь в прошлом, больше всего сожалеет о том, что сама теперь не может читать книги. Поздноослепшая 68-летняя женщина прежде всего тяготится тем, что не может, «как раньше, помогать дочери смотреть за внуками». Привело в Центр реабилитации инвалида II группы, 60-летнего мужчину стремление «осуществить мечту всей своей сознательной жизни — написать книгу о путевых наблюдениях в период, когда ездил по стране в командировки».

Из дневниковых записей поздноослепшего А. С. Серкина:

«Все началось с госпиталя... Полная потеря зрения. Неугасимая душевная боль, тоска, тревога в сердце. С первых же шагов началась фактическая ломка и перестройка всего организма, тяжелая и болезненная...»

Да, внезапно возникающая слепота или окончательная утрата остаточного зрения являются для человека одним из самых тяжелых психических потрясений. Ибо утрата зрения ставит личность в условия кризисной ситуации, т. е. «ситуации невозможности жить, реализовать внутренние потребности своей жизни» [2]. Борьба ослепшего с этой невозможностью за создание ситуации возможности идет в процессе его особой внутренней деятельности, внутренней работы, именуемой переживанием.

Ослепшему необходима своевременная и квалифицированная помощь извне, т. е. сразу же после потери зрения. Как нельзя откладывать лечение поврежденного глаза, так нельзя и откладывать эту помощь [4]. Реабилитолог должен придти ослепшему на помощь еще в стенах клиники, т. е. на этапе первоначальной реабилитации. Квалифицированная помощь предполагает единение усилий дефектолога, психотерапевта и медицинского персонала.

В нашей практике имел место счастливый случай. Тифлопедагог Е. В. Милославова в одном лице сочетала знания, умения тифлопедагога со способностями психотерапевта. Тонко чувствовала, благодаря большому педагогическому опыту, что ждет от нее поз-

дноослепший, умела определить, что может сделать он сам в борьбе с кризисной ситуацией, вызванной утратой зрения.

«Осознание и рефлексия ускоряют преодоление и разрешение противоречий» (В. Зинченко), в том числе и кризисной ситуации. Осознание и рефлексия необходимы как для реабилитолога, так и для реабилитируемого.

Что должен осознавать реабилитолог? Прежде всего суть кризисной ситуации, обусловленной утратой зрения. Только в отдельных случаях утрата зрения создает кризисную ситуацию первого рода, когда при серьезных затруднениях и осложнениях к реализации жизненного замысла еще сохраняется возможность восстановления прерванного кризисом хода жизни [2].

80-летний мужчина, давно не выходящий из дома самостоятельно, опекаемый детьми и внуками, утратил зрение окончательно. Возникли трудности ориентировки в квартире, элементарного самообслуживания. Обучение ориентированию в квартире, навыкам самообслуживания без зрительного контроля совместными усилиями родственников и реабилитологов позволило восстановить прерванный утратой зрения ход жизни.

21-летняя девушка с ограниченными возможностями самостоятельного передвижения из-за детского церебрального паралича утратила зрение вследствие высокой близорукости. Благодаря трудоустройству на надомную работу были решены задачи трудотерапии. Обучение Брайлю, машинописи сохранило возможность заниматься любимым делом — поэзией.

В большинстве случаев утрата зрения, создающая актуальную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей личности; порождает ситуацию второго рода, «собственно кризис», так как делает реализацию жизненного замысла невозможной [2]. В кризисной ситуации данного рода возникает разлад всей системы жизни, т. е. системы сознание — бытие. Сознание не принимает бытие в его новом виде, без зрения, оно теряет способность осмысливать и направлять его. А бытие, в свою очередь, неспособно корректировать сознание, так как не находит в сознании адекватных себе форм. Все это феноменологически выражается в утрате смысла жизни. И в связи с этим не случайны вопросы, которые ставит утративший зрение перед собой и реабилитологом: «Как жить дальше? Для чего жить дальше? Кому я нужен слепой?».

Следовательно, главная задача, которая встает перед реабилитологом, пришедшим в клинику к поздноослепшему, на этапе первоначальной реабилитации — сформировать готовность к усвоению нового образа жизни без зрения, готовность к выработке новой жизненной стратегии, новой жизненной перспективы.

Но указанная выше задача не может быть решена, если не формируется правильное отношение к зрительному дефекту. Уже на этапе первоначальной реабилитации очень важно в осторожной, тактичной форме, постоянно прибегая к помощи авторитетных для реабилитанта офтальмологов, помочь утратившему зрение принять

вой дефект. Реабилитолог должен считать для себя эту кропотливую, ответственную работу необходимой для решения многих проблем социальной-трудовой реабилитации инвалидов по зрению. В практических беседах следует говорить о том, что реабилитолог представляет общество слепых, терпеливо объяснять, для чего создано Общество, что оно предпринимает для сохранения достоинства человека, предупреждения инвалидизации его психики, каковы достижения Общества в целом и отдельных его членов, оказавшихся в той же ситуации, что и ваш реабилитант.

Будьте особенно внимательны к поздноослепшему, сохраняющему необоснованную веру на возвращение зрения. В ряде случаев он потребляет все свои жизненные силы не на адаптацию к утрате зрения, а на поиски путей и средств к его возвращению. Используется все: от лечения у знахарок до поисков консультативной помощи за рубежом. На это, как правило, тратится 2—3 года жизни и приобретает привычку во всем и везде использовать помощь зрячих. Здесь бывают виноваты врачи, которые, боясь нанести психическую травму горькой правдой, предпочитают ей утешительную ложь. А на деле продлевают душевные муки своего больного.

Овладение новым образом жизни должно начаться еще в больничных условиях. Исходя из возможностей клиники и состояния утраченного зрения, реабилитолог организует обучение пространственному ориентированию, самообслуживанию, чтению и письму о Брайлю. Одновременно с этим под руководством реабилитолога, омогающего преодолевать страх и тревогу, вспышки раздражительности и гнева, ослепший продумывает возможности преодоления трудностей, обусловленных утратой зрения.

Побуждая мысли и действия ослепшего к переживанию потери зрения, тем самым стимулируя его, т. е. переживание, реабилитолог способствует переходу ослепшего от первой фазы — «бездеятельности» ко второй фазе — «процессуальной деятельности» (В. С. Мерлин), от депрессивного состояния и бездеятельности — к стремлению отвлечься от тяжелых дум в занятиях, к пробуждению интереса к окружающему. Эта фаза занятий, процессуальная деятельность, имеет большое значение в процессе адаптации утраченного зрения, так как именно в этот период начинается формирование в сознании ослепшего своей социальной значимости и социальной ценности. А как переживаются эти маленькие победы над слепотой! Как ни умножают веру в себя! Но будут еще и резкие перепады в настроении, и возврат к фазе бездеятельности, и состояния острого горя.

Реабилитолог при этом должен помнить о главной задаче своей деятельности — «привести к норме нарушенные нервно-психические процессы, улучшить настроение... вывести из состояния одиночества и безнадежности, вселить веру в свои силы, пробудить интерес к окружающему, показать пути наиболее рационального выхода из создавшегося положения» [4].

Большую помощь в решении этой задачи может оказать организованный в стенах клиники коллектив из поздноослепших, нахо-

дящихся на лечении. Очень важно, чтобы лидером его стал больной с более высоким уровнем реабилитированности. Иногда эту роль берет на себя приехавший на повторное лечение поздноослепший. Это он не только поделится приобретенными умениями и навыками пространственного ориентирования, самообслуживания без зрительного контроля, но и в тяжелые минуты душевной депрессии объяснит: «Это надо пережить... У меня тоже это было... Это пройдет... Это у всех нас бывает».

Изучайте непосредственные социальные связи вашего подопечного в клинике. Сколько психологических барьеров формируется именно в период первоначальной реабилитации после утраты зрения при участии соседей по палате, родственников и близких, навещающих больного! Вот некоторые из них, выраженные в расхожих сентенциях: «Не может слепой ходить самостоятельно». «Если видишь хоть немного, не сможешь научиться Брайлю». «Зрячие никогда не понимают нас, слепых» и т. д. Необходимо разрушить эти мнения, пока они не стали личным достоянием утраченного зрения. И лучше всего это удастся в беседах-дискуссиях в субботние и воскресные дни, когда больные свободны от лечебных процедур и почему-то особенно настроены на доверительное общение.

Над тем, как привести к норме нарушенные нервно-психические процессы, улучшить настроение, вывести из состояния одиночества и безнадежности, реабилитолог думает не только на этапе первоначальной реабилитации. Вот уже завершен этап элементарной реабилитации, решены вопросы трудоустройства, а эта задача остается актуальной или вновь становится таковой. Из беседы с Серкиным А. С., утратившим зрение в 54 года и нашедшим в себе мужество и силы возглавить Московскую ТПО г. Ленинграда после того, как он успешно прошел курс элементарной реабилитации в РЦ ЛП ВОС: «Иногда меня охватывают приступы такого горя, когда я вспоминаю о том, что случилось... о глазах,.. иногда просто чувство беспросветности, которое преследует при плохом настроении или самочувствии, особенно в утренние часы.»

Из беседы с рабочим ПО «Контакт», обратившимся за помощью в РЦ ЛП ВОС: «У меня умерла мама,.. и я, как никогда, понял, что я слепой... Безумно тяжело, хотя я не был беспомощным, ведь я все делал по дому... И все-таки были глаза, сердце мамы...»

Страх, тревога, депрессивные состояния «могут лишить человека энергии и бодрости и обусловить полный упадок сил», стать причиной соматических заболеваний. Ибо «нет соматических болезней без вытекающих из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов» (В. Д. Тополянский, М. В. Струковская). В нормализации нервно-эмоционального состояния поздноослепшего заложены возможности повышения эффективности процесса его реабилитации.

Итак, психолого-педагогические аспекты реабилитации становятся самостоятельными реабилитационными целями и задачами.

Они реализуются использованием психолого-педагогических и психотерапевтических методов, средств и приемов. Это дает основание выделять психологическую реабилитацию в самостоятельное направление, тесно взаимодействующее с другими направлениями реабилитации инвалидов по зрению.

Остановимся на одном из важных психолого-педагогических аспектов реабилитации: необходимости межпредметных связей, тесного творческого взаимодействия психологов и тифлопедагогов, осуществляющих учебно-восстановительный процесс.

Курс психокоррекции обязательно должен предусматривать такой раздел работы, как «Мобилизация интеллектуальных ресурсов личности ослепшего на компенсацию зрительных дефектов». Он предполагает системную информацию о возможностях реабилитации и интеграции незрячих, корректировку мнений-предубеждений, создающих своеобразный психологический барьер перед успешностью осуществления элементарной реабилитации. И в частности, перед обучением пространственному ориентированию (снятие страха перед большим пространством), чтению и письму по Брайлю (иногда система письма по Брайлю не воспринимается как аналогичная буквенной системе письма зрячих), домоводству и самообслуживанию без зрительного контроля, занятиями лечебной физической культурой и т. д. Кроме того, изучаются наиболее эффективные методы и приемы активизации интеллектуальной деятельности, накопленные личным опытом незрячих, в том числе работниками интеллектуального труда.

Что очень важно в плане организации этой работы?

Ленинградский реабилитационный центр имеет хорошо оборудованный кабинет психокоррекции, в котором можно воздействовать на разум, чувства и эмоции утратившего зрение. Но для того, чтобы эти возможности реализовывались наиболее полно, необходимы специально подготовленные психокоррекционные сеансы, где слово сочетается с музыкой, шумами (морской прибор, уличные шумы большого города и т. д.), подкрепляется визуальным воздействием слайдов, отвечающих сценарию сеанса, и даже запахов (аромат цветущих яблонь, морские запахи и т. д.). Каждый такой сеанс требует работы большого творческого коллектива, в который должны войти психолог, тифлопедагог, психоневролог, концертмейстер. Каждый такой сеанс должен стать диалогом ведущего с поздноослепшим о его проблемах, порожденных утратой зрения. Эти сеансы должны обращаться к таким проблемным вопросам раздела «Мобилизация эмоционально-волевых ресурсов личности», как «Мудрость ума и мудрость сердца», «Культура поведения — залог благополучия», «Восстановим себя сами и своими силами» (сон, режим дня, настроение) и т. д. Были подготовлены два сеанса, обращенные к переживанию утратившего зрение. Сеансы психокоррекционной направленности были и будут нужны ШВТС, учреждениям нашего типа, ТПО, кабинетам психокоррекции предприятий.

В практике РЦ ЛП ВОС психологи и педагоги часто объединяли усилия для решения конкретных трудностей психолого-педагогического плана, встающих перед реабилитантом. Проводились коллективные беседы («малые педсоветы») с «трудновоспитуемыми» родственниками. Они носили характер совместных раздумий и поисков наиболее рационального выхода из сложившейся ситуации. Работали с социальным окружением нашего реабилитанта, например, с соседями, иногда не верящими, что их сосед по квартире теперь слепой человек, иногда не понимающими, какие трудности они создают совершенно произвольно для него в быту. Для некоторых наших подопечных изыскивали возможность поддержки сторонних организаций. Например, беседовали с учителями в школе, где учились дети ослепнувшей молодой женщины, объясняя им, какая помощь теперь нужна женщине в плане воспитания и обучения ее мальчиков. Аналогичную работу провели с медперсоналом поликлиники, где лечились дети. Для некоторых реабилитантов, сомневающихся в своих силах и возможностях, вводили за правило подведение итогов достигнутого за день, радуясь вместе с ними успехам и анализируя причины неудач.

И если реабилитант вдруг прерывал курс обучения из-за болезни, семейных затруднений, глубокой депрессии («не хочу никого видеть, не могу быть с людьми...»), его возвращали в РЦ также коллективными усилиями. Учитывались при этом симпатии реабилитанта к любимому преподавателю или инструктору, имеющему наибольшее влияние на него. И все-таки иногда терпели неудачи. В отдельных случаях успех реабилитационной работы находился в зависимости от зрелости морально-волевой сферы ослепшего, в других — от степени сохранности интеллекта после перенесенных тяжелых черепно-мозговых заболеваний и травм.

Молодой человек (28 лет, II группа инвалидности по зрению), не имевший постоянного места работы, в РЦ был приведен бабушкой, на занятия ходил систематически только две недели, затем перестал посещать РЦ. Попытки вернуть его в Реабилитационный центр, трудоустроить на предприятие не увенчались успехом.

Молодой человек (30 лет, I группа инвалидности по зрению) усиленно обучался чтению и письму по Брайлю, машинописи. Но отказывался от занятий по обучению пространственному ориентированию, домоводству и самообслуживанию, ЛФК под разными предлогами: ссылки на утомление, занятость, необходимость уехать домой раньше, на то, что «это (пространственное ориентирование, самообслуживание, физическая закалка) для него не главное». При этом широко использовал помощь заботливых родителей, ориентирующих сына только на лечение глазного заболевания, затем — на обучение в аспирантуре. Но необходимая самостоятельность, активность так и не были приобретены в процессе реабилитации.

Степень нарушения интеллектуальной деятельности во многом определяла обучаемость наших реабилитантов. Особенно сказывались на эффективности процесса адаптации к утрате зрения со-

стояние внимания, памяти, критического мышления. Они в первую очередь определяли и содержание индивидуальной программы обучения, и темп ее прохождения, и большее число индивидуальных занятий. Учитывая сложность восстановительного процесса, обусловленную не только утратой зрения, но и нарушениями интеллектуальной деятельности, мы продлевали процесс элементарной реабилитации до 3—4 месяцев и добивались положительных результатов.

Реабилитант Г., кандидат наук, доцент института физического воспитания, в 57 лет потерял зрение. В анамнезе тяжелое черепно-мозговое заболевание, черепно-мозговая операция с осложненным послеоперационным течением. Изучение памяти, внимания поздноослепшего Г. показало, что он имеет низкие показатели распределенности внимания, сниженные возможности запоминания, пониженную работоспособность. Все это весьма затрудняло процесс обучения. Отметим, что РЦ ЛП ВОС, в отличие от ШВТС, берет на себя тяжкий, но благодарный труд — реабилитацию инвалидов по зрению, подобных нашему реабилитанту. И достигаются положительные результаты индивидуализацией обучения, его привязанностью к конкретным условиям жизни нашего реабилитанта (обучение ориентированию в доме и квартире реабилитанта, в микрорайоне его проживания, будущего места работы и т. д.), мобилизацией усилий социального окружения: родственников, друзей, сотрудников по работе. Конечно, эффективность этого процесса могла быть выше, если бы в реабилитации данных поздноослепших принимали участие, хотя бы консультативное, нейропсихологи.

Формирующаяся в процессе взаимодействия личности и социальной среды социально-психологическая адаптированность означает правильное соотношение целей и задач общества и личности. Социально-психологическая адаптированность незрячего свидетельствует о его интеграции в обществе, так как характеризуется солидаризацией, идентификацией его личностных целей и задач общественными целями и задачами. Социально-психологическая дезадаптация, следствием которой является «субъективная невключенность в общественную жизнь с ее проблемами и интересами, чувство пустоты, тревоги, бессмысленности бытия, чувство отчаяния, потеря контроля над собственным поведением», может привести человека к духовной гибели. Вместе с тем «социальная направленность, концентрация не на собственной личности, не на узко индивидуальных интересах, а на более широких общественных целях — неременный атрибут психологического здоровья человека, неременное условие развития его личности» (О. И. Зотова, И. К. Кряжева).

Один из ведущих показателей социально-психологической адаптированности личности — умение общаться. Утрата зрения отрицательно сказывается на этом свойстве и в ряде случаев в состоянии вызвать стрессовые изменения общения.

Стрессовые изменения общения, выделяемые в субсиндром стресса, проявляются в изменении показателей активности общения, в структуре развития межличностных отношений. «Сначала навещали все: и сотрудники, и друзья, и знакомые, и родственники. А теперь я нужен немногим... Я-то понимаю, почему... Тогда я был в силе... Да и я не люблю ходить в гости... вдруг что-нибудь не так...»

Сохранность активности общения или ее полное восстановление, отсутствие нарушений в структуре межличностных отношений в значительной степени определяют успешность преодоления кризисной ситуации, вызванной тяжелыми нарушениями зрения, успешность процесса социально-психологической адаптации.

Из дневника Серкина А. С., инвалида I группы по зрению: «Как показал опыт первых двух лет, хорошие взаимоотношения с окружающими нас людьми, правильное взаимопонимание и восприятие вырабатываются и устанавливаются не сразу, а постепенно и кропотливо. Очень многое зависит прежде всего от самого себя.

Дело это исключительно серьезное и жизненно важное, требует повседневного проявления выдержки и терпеливости, а также значительных усилий, затрат энергии. Очень важную роль играют своевременные взаимные уступки и этичное поведение... Людям, потерявшим зрение, не следует забывать о взаимной помощи друг другу... Ни в коем случае не терять таких качеств, как общительность и инициативность, нельзя падать духом и опускать руки, необходимо энергично бороться за свое активное положение в семье и обществе. Как прежде, надо быть Человеком».

Реабилитант П. (1930 года рождения, инвалид I группы по зрению): «После того, как я резко потерял зрение, друзей в нашем доме меньше не стало. И я благодарен им за то, что они не делают скидок на мою слепоту... спрашивают, как раньше: «А это ты читал... а об этом ты слышал». И очень удивляются, почему не читал... почему не слышал... Помогают прочитать, услышать...»

Психокоррекция отношений незрячего к самому себе и его отношений с социальным окружением — основная задача психолого-педагогической реабилитации и основная цель курса формирования умений общения с окружающими в условиях утраченного зрения.

В первую очередь этот курс должен помочь утратившему зрение выработать новые умения и навыки как поведения, так и общения. Нужно помнить, что с утратой зрения осложняется перцептивная сторона общения, означающая процесс восприятия друг друга партнерами по общению и установления на этой основе взаимопонимания.

Из воспоминаний реабилитанта Н.: «Когда я ослеп, я очень страдал, что не вижу человека... Особенно его глаза, лицо. Мне казалось, что мой собеседник где-то далеко, я даже не мог оценить расстояние до него. Общение? Нет, это был какой-то суррогат общения. Теперь я по речи собеседника, его походке, рукопожатию могу

составить его словесный портрет... Говорят, что это у меня получается».

Приемам общения при ограниченных возможностях невербальной коммуникации в различных ситуациях, в различных группах и коллективах надо обучать с помощью социально-психологического тренинга. Коррекция нарушений общения и отношений с социальным окружением способствует нормализации нервно-психического состояния поздноослепшего, преодолению процессов, ухудшающих его деятельность вследствие ослабления волевой активности, снижения восприимчивости к внешним мотивам деятельности, ухода в себя и т. д.

Но коррекция взаимоотношений с окружающими непременно требует коррекции отношений поздноослепшего к себе, проявляющихся в различных вариациях:

отношение к себе как к жертве экстремальной ситуации, что в значительной степени усиливает дистресс.

Например, реабилитантка Н., утратившая зрение в 38 лет, инвалид I группы по зрению: «Но почему именно я ослепла... Разве мало того, что я при этом потеряла ребенка... Все на меня... Неужели врачи не могли ничего сделать? Не хотели, потому что я простой человек... Вон как со старухами возятся, а мне уже ничего не хотят сделать». И крайность такого отношения к себе — реабилитантка С.: «Меня зарезали врачи... из-за их операций я потеряла зрение» (Зрение утрачено из-за глаукомы, для его спасения предпринимались четыре глазных операции, систематически проводилось профилактическое лечение, но врачи были бессильны в данном случае);

сочетание отношений к себе как к жертве с отношением к себе как к ценности, доверенной себе же; такой тип отношения к себе у людей, сохраняющих в критических ситуациях чувство собственного достоинства.

Например, реабилитантка Б.: «У нас в семье было четверо детей, трое — с плохим зрением, а слепая я одна, потому что мне всегда жилось сложнее из-за младших... больше работы, меньше заботы, внимания. Ну что теперь говорить... надо жить, работать... я без работы не могу, да и за собой надо следить... ведь сестрам и брату некогда, а племянниц не дозовешься»;

самое рациональное отношение к себе как к одному из ряда людей, утративших зрение: при этом, как правило, возрастает роль ответственности за себя и снижается представление о себе как о жертве.

Например, реабилитант Д., утративший зрение вследствие заболевания диабетом в 34 года: «Я еще долго продержался с глазами... я видел совсем молодых диабетиков, но уже слепых. Сейчас главное всему научиться, что нужно слепому... читать, писать, ходить; хочу ходить на прогулку один: у нас рядом парк...»

Естественно, что данные отношения к собственному «я» в значительной степени определяют характер межличностных взаимоотношений с социальным окружением.

Но нельзя все неувязки в общении незрячего с окружающими объяснять утратой зрения. Во многом они определяются коммуникативной компетентностью человека, представляющего собой конгломерат знаний, умений и навыков общения. Поэтому в психолого-педагогические задачи курса реабилитации, и в частности курса по формированию умений общения с окружающими в условиях утраченного зрения, входит совершенствование коммуникативной компетентности позднослепшего. Эта работа способствует повышению уровня социального интеллекта реабилитанта, зависящего от специфики его опыта и проявляющегося как способность понимать самого себя, а также других людей, их взаимоотношения, и прогнозировать межличностные отношения, т. е. от осознания и рефлексии, о которых мы с вами уже говорили.

Особое внимание следует обращать на формирование у реабилитанта правильных установок к социально-трудовым и социально-психологическим возможностям инвалидов по зрению, к собственным возможностям, а самое главное — роли зрячих членов общества в реализации этих возможностей. Это позволит избежать негативных отношений между позднослепшими и зрячими в различных ситуациях, в различных группах и коллективах.

Из дневниковых записей А. С. Серкина: «Жизнь подтверждает, что какая-то помощь необходима всегда и во всем. Другое дело, что нам надо постоянно стремиться к активному сокращению объема этой помощи, как можно скорее переходить к самостоятельному образу жизни».

Сознательно активизируя коммуникативные процессы незрячего, мы должны способствовать формированию, закреплению «чувства его органичной связи с обществом, коллективами и группами, причем, не в качестве независимой части целого, а в качестве незаменимой части взаимозависимого целого» [3]. Ибо в этом заложены не только возможности социально-психологической компенсации дефекта зрения, но и возможности сохранения человеческого счастья. А их А. А. Ухтомский связывал со способностью «переключения в жизнь другого человека, со способностью понимания ближайшего встречного человека как конкретного, ни в чем не заменимого в природе самобытного существа, одним словом, когда воспитывается в каждом из нас доминанта на лицо другого человека».

Итак, обеспечение благоприятных условий для переживания утраты зрения, формирование психологической готовности к овладению новым образом жизни без зрения, коррекция психических состояний, обусловленных утратой зрения — вот неполный перечень задач, которые позволяют выделить психологическую реабилитацию в самостоятельное направление.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев Е. Д. О реабилитации и реабилитированности. // «Наша жизнь». — 1986. — № 7.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Изд-во МГУ., 1983.

3. Емельянов Ю. Н. Активные методы социально-психологической подготовки руководителей и специалистов. Л.: 1984.
4. Коваленок Б. И. Возвращение ослепших к трудовой жизни. М.: Учпедгиз, 1946.
5. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М.: Наука, 1983.
6. Мясичев В. Н. Личность и неврозы. Изд-во ЛГУ, 1960.

Н. П. Дрызго

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЙ УТРАТИВШИХ ЗРЕНИЕ

В социалистических странах профилактика стрессов у лиц, потерявших зрение, представляет собой систему государственных, общественных и индивидуальных мероприятий, направленных на устранение факторов, вредно действующих на человека, его здоровье. Именно она, эта система, обеспечивает всестороннюю защиту личности.

Социальная и психологическая профилактика аномальных реакций и пограничных расстройств у незрячих и поздноослепших проводится в кабинете психокоррекции Ленинградского правления ВОС. Основная задача кабинета — активизировать и восстановить личностный статус человека, который потерял зрение, предупредить появление вторичных стрессовых реакций, нейтрализовать значение различных отрицательных ситуаций, найти выход из казалось бы безвыходных положений.

Психокоррекционная работа направлена на восстановление у реабилитанта чувства коллективизма, утраченного из-за потери зрения, ибо коллектив способствует сохранению здоровья его членов, воспитывает чувство ответственности и долга, обеспечивает активность личности, товарищескую взаимопомощь, самокритичность, требовательность к себе. Формирует положительные межличностные отношения, психологический климат в учебных группах, реализует уровень притязаний личности на ту или иную роль в нем и в жизни. Противостоит развитию и закреплению таких отрицательных качеств, как эгоизм и тем более эгоцентрические установки, иждивенческих элементов поведения и вторичной невротизации инвалида из-за осознания своего зрительного дефекта, что может приводить к расстройству нервной системы, ее истощению и выражается в повышенной утомляемости, раздражительности, головных болях, в отсутствии планов на будущее.

Иногда в поведении незрячего просматриваются такие стереотипы: человек пытается занять позицию «стороннего наблюдателя» по отношению к самому себе, к своему положению (т. е. пассивное, безразличное отношение), или «уходит в свой недуг», начинает

выискивать все новые недостатки, новые проблемы, и вот ему уже кажется, что положение просто безнадежно... Зачем жить?

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

В условиях обучения в Реабилитационном центре, особенно в психокоррекционном кабинете, личность должна приобрести навыки борьбы за себя, воспитания себя, защиты от несчастья, горя, усталости и беды с тем, чтобы последние не обратились в подавленность, беспомощность, растерянность и страх, а наоборот постоянно разбивались об энергию сопротивления. Именно этому и обучают в кабинете психокоррекции.

Кабинет психокоррекции своеобразно оформлен: стены обиты ковровым покрытием, цветной витраж на потолке освещен лампами дневного света, на одной из стен — бледно-матовый экран, привлекающий к себе внимание. Мягкий свет от декоративной лампы — «Одуванчика», переливающийся всеми цветами радуги, создает настроение, цветомузыкальное сопровождение настраивает на ожидание приятной неожиданности, подчеркивает теплую заботу о людях, вызывает доверие. Удобные кресла-качалки предназначены для реабилитантов и их родственников. Здесь проводятся занятия по психокоррекции как групповые (5—6 человек), так и индивидуальные.

Цель их — выработать у реабилитантов адаптивные навыки для развития и совершенствования жизнеустойчивого поведения.

Учебно-воспитательная работа в психокоррекционном кабинете должна удовлетворять требованиям и запросам незрячих, идя навстречу их интересам. Разработана специальная программа обучения, ведется учет и анализ запросов и интересов самих реабилитантов. В программу включены вопросы по аутотренингу, обучающие и тренирующие методики психической саморегуляции.

Между тем, что хочет получить реабилитант от обучения психокоррекции, и тем, что может дать ему учебный процесс, как правило, возникает противоречие: желания реабилитантов и возможности учебной программы не совпадают, запросы реабилитантов обычно заземлены, заужены, конкретны или очень расплывчаты.

По данным психодиагностики происходит это по нескольким причинам:

1. Реабилитант сам не знает, что ему ожидать от психокоррекционного обучения.

Так, у реабилитанта Г. из-за черепно-мозговой травмы нарушения координация движений рук при частичном сохранении зрения. На первых занятиях в психокоррекционном кабинете он пассивен, сеансы аутотренинга не воспринимает, считает, что он и так «спит хорошо...» После того, как с ним были проведены индивидуальные занятия, показаны элементы упражнений и составлены индивидуальные формулы, направленные на восстановление мелкой диффе-

ренцированной моторики рук, появился конкретный интерес к занятиям. Изменилось отношение к своему дефекту с пассивного на активное преодоление его. Он понял, что с ним необходимо комплексно бороться, стал активно посещать занятия и по Брайлю и по машинописи.

2. Реабилитант не совсем ясно осознает свои цели и потребности.

Например, реабилитант Б. недавно полностью потерял зрение из-за производственной травмы. При психодиагностическом обследовании жалуется на плохое самочувствие, хотя физически здоров. Вял, сидит в одной и той же позе. На вопросы отвечает односложно. О будущем не думает. «Совсем жить не хочется...» В реабилитационный центр привели родственники, личные потребности отсутствуют. На вопрос: «Что бы вы хотели получить в реабилитационном центре?» отвечает: «Ничего... Оставьте меня в покое...»

3. У реабилитанта есть конкретные жизненные затруднения и он ищет конкретные рекомендации. Например, реабилитантка П., тотально слепая, имеет двоих детей. На занятиях часто плачет. Просит помочь ей наладить отношения с мужем. Характеризует мужа как агрессивного, грубого, плохо обращающегося с ней и с детьми.

Частично это противоречие может быть устранено за счет хорошей информации о работе РЦ и психокоррекционного кабинета, в частности, ознакомления с программой и учебно-тематическим планом работы, встреч на первых занятиях с преподавателями разных дисциплин и показа взаимосвязи между предметными циклами.

Так, реабилитантка Н. на первых занятиях только плакала. Отказывалась печатать на машинке, не хотела обучаться чтению и письму по Брайлю. На очередном психокоррекционном занятии было рассказано и показано, как за счет умений и навыков, полученных на занятиях по машинописи, восстановилась возможность общения со зрячими. Настроение поднялось, появилась активность, уверенность в своих силах и личная заинтересованность в обучении.

Что касается вопроса осознания реабилитантом своих целей и потребностей, психологи полагают, что взрослый человек не всегда способен полностью осознать и четко сформулировать свои потребности (особенно попав в критическую ситуацию потери зрения), но это не мешает большинству из них правильно определить направленность поиска нужной информации и помощи. Например, Л. получил информацию о Реабилитационном центре от соседа по палате, а Ц. получила по почте Памятку с приглашением на обучение в РЦ. И очень, конечно, жаль, что такая нужная информационная работа проводится от случая к случаю, не систематически. Поэтому на реабилитацию иногда попадают люди, которые практически не понимают, зачем они пришли в Реабилитационный центр.

Проводя в начале обучения психодиагностическое обследование (беседу), выявляем, что хочет получить от обучения реабилитант, в чем он нуждается в первую очередь, насколько он готов к обуче-

нию, какие у него интересы и запросы; затем определяем степень удовлетворения обучением; по окончании обучения — качество полученных знаний и навыков и их использование в быту при пострерабилитационном контроле.

Такая динамическая психодиагностика позволяет постоянно совершенствовать учебный психокоррекционный процесс. Выявлять наиболее актуальные психокоррекционные вопросы и оказывать действенную помощь незрячим.

В психокоррекционной работе (обучении) используются следующие формы:

беседы — переубеждение, незаметное, ненавязчивое воздействие на реабилитанта путем разумной и спокойной аргументации с использованием примеров из жизни слепых; разыгрывание ролевых ситуаций на каждом занятии;

психагогика — ориентация или переориентация в личных ценностях, замена привычного типа поведения на адекватный данным обстоятельствам;

трудотерапия — обучение в РЦ, создание учебного коллектива (микрогруппы), развитие приспособительных навыков и способов действия (профорентация);

аутокоррекция — решение самостоятельно жизненных проблем, реализация личных планов, воспитание силы воли и т. д.;

самовнушение — развитие навыков самоуправления и самубеждения по снятию нервно-психической напряженности (головных болей, вялости, раздражительности);

аутотренинг — использование и создание целенаправленных сеансов, записанных на магнитофон, для выработки необходимых навыков.

Таким образом, в качестве основных направлений работы психокоррекционное обучение включает: психодиагностику, профорIENTATION, социориентацию и пострерабилитационный контроль.

Все эти направления необходимы и являются составной частью общей системы обучения в реабилитационном центре. Они формируют гражданскую позицию личности, усиливают ее адаптационные возможности в социуме. Для успешного решения этой задачи необходимо выявить и индивидуальные особенности реабилитантов: интеллектуальные, эмоциональные и физические качества личности.

**Психодиагностика.** Психодиагностическая работа начинается с анамнестической беседы и наблюдения за поведением (общением) реабилитанта в Центре реабилитации и в кабинете психокоррекции. Полученные данные сопоставляются с сопроводительными документами, медицинским заключением и т. д. Они фиксируются в Карте динамического контроля (КДК). В ней отмечаются все характерные индивидуальные особенности личности незрячего.

Лист из Карты динамического контроля, озаглавленный «Психокоррекция, аутотренинг», заполняется циклично через 7—10 учебных дней условными обозначениями, представленными в табл. 1.

Лист из КАРТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ  
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ, АУТОТРЕНИНГ

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Год рожд. \_\_\_\_\_ гр. инв. \_\_\_\_\_ сопутст. забол. \_\_\_\_\_

член ВОС \_\_\_\_\_ г. специальность \_\_\_\_\_ стаж \_\_\_\_\_

пенсия \_\_\_\_\_ семья \_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тел \_\_\_\_\_

Наблюдаемая характеристика	Дата заполнения
----------------------------	-----------------

Частота пульса	
----------------	--

Артериальное давление	
-----------------------	--

Внешний вид	
-------------	--

Двигательная активность	
-------------------------	--

Общительность	
---------------	--

Поведение в ситуации	
----------------------	--

Трудовая деятельность	
-----------------------	--

Сон	
-----	--

Настроение	
------------	--

Тип реакции на дефект	
-----------------------	--

Жалобы	
--------	--

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** На занятиях активен. Усваивает материал добросовестно. Нуждается в постоянном контроле. Домашнее задание по аутотренингу выполняет правильно. Собирается трудоустроиться.

Постреабилитационный контроль	Устроился работать надомником, использует навыки по самоорганизации своего режима дня, рабочего места. Охотно участвует в самодеятельности, стал общителен.
-------------------------------	---

Дата  
Преподаватель

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ  
В ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

Таблица 1

Наблюдаемая характеристика	Качество признака			
	Выше нормы (ВН)	Норма (Н)	Ниже нормы (НН)	Осложнения (О)
Внешний вид	Аккуратен, сам поддерживает	Аккуратен, но иногда нуждается в помощи	Родственники помогают постоянно во всем	Запущен, помощь не принимает
Двигательная активность (при сохранности органов движения)	Устойчивая, координированная	Соответствует ситуации	Суетливая, замедленная	Импульсивная
Общительность (речь)	Организованная, деловая, эмоциональная	Контактная, конкретная	Гиперобщителен, гипобщителен	Скован, конфликтен, аутичен
Поведение в ситуации	Адекватное, логичное, позитивное	Одноцеле направленное, устойчивое	Пассивно-подчиненное, оборонительное	Не соответствующее ситуации
Трудовая деятельность	Активно работает по своей специальности	Работает	Работой не интересуется	От труда отказывается при его показанности
Сон	Хороший	Нормальный	Беспокойный, сонливость днем	Нарушение сна
Настроение	Оптимистическое	Ровное	Возбужденное, напряженное	Негативно-пассивное
Тип реакции на дефект	Первый тип	Второй тип	Третий тип	Четвертый тип
Жалобы	Объективные, конкретные	Две-три	Множественные до пяти	Многочисленные необоснованные

На каждом психокоррекционном занятии измеряется частота пульса, величина кровяного давления, используемые как показатели эмоциональной устойчивости и готовности к занятиям.

Известно, что первоначально потеря зрения вносит существенные осложнения в привычные поведенческие автоматизмы — резко снижает возможность пространственной ориентировки, двигательной активности, даже в знакомой обстановке (собственного дома), трудовой деятельности, общения на улице, в магазине, с родственниками и знакомыми, поддерживать аккуратность.

Слепота накладывает своеобразный (индивидуальный) отпечаток на сон, настроение, жизненные планы, жалобы, он (своеобразный отпечаток) позволяет оценить значение для личности зрительного дефекта и тип ее реакции на него.

Социальная сущность человека — вовне. Потеря зрения наносит ущерб социальному статусу личности. Возникшие при этом стрессы усугубляют последствия недуга, они связаны с нарушениями эмоциональных контактов (эмоциональный стресс); материального, бытового благосостояния (маленькая пенсия, плохие жилищные условия и т. д.); с изменениями морального плана — потеря работы по специальности (изменение личного статуса, представлений и образов о своем «я») и осознанием физической неполноценности (дефект, уродство, отсутствие конечностей и т. д.).

Следовательно, необходимо определить, в каком виде помощи нуждается реабилитант:

эмоционально-регулирующей (снятие отрицательных эмоций, страдания, депрессии и т. д.);  
материально стимулирующей обучение (денежная помощь ВОС на момент обучения в РЦ);  
социально-управляющей (подготовка к жизни в социуме).

При этом определяются интеллектуальные возможности личности через её отношения к другим людям; к труду и его результатам; к самому себе и таким же, как он (слепым).

Так, отдельные свойства, характеризующие отношения к людям (коллективизм, чуткость, искренность и т. д.), особенно важны в учебном коллективе. Именно им и уделяется внимание в первую очередь. А такие производные труда — трудолюбие, добросовестность, ответственность — и волевые черты характера (целеустремленность, настойчивость, самообладание и т. д.) имеют основное значение для успешного проведения психокоррекции.

Отношение к себе также играет существенную роль, особенно самооценка своего «я» и возможностей до и после потери зрения и уровень притязаний личности. Так, самооценка лежит в основе формирования уровня притязаний личности — стремлений к достижению целей той сложности, на которую человек считает себя способным. Уровень притязаний может быть адекватным (соответствующим) возможностям и неадекватным (завышенным, заниженным).

вестно, что попав в критическую ситуацию (потеря зрения), пациент неверно оценивает себя и свои возможности. Особенно относится к сенсомоторным способностям, пространственно-ориентированию и т. д., что и приводит к малообоснованным спонтанной компенсации зрительного дефекта.

психокоррекционной работы имеет большое значение тип реакции на зрительный дефект. В практической работе всех реабилитантов можно разделить на четыре типа реакции.

**Первый тип.** Реабилитанты с адекватной реакцией и поведением, кратковременными снижениями настроения — в форме кратковременной псевдоаутизации, ищущие общества себе подобных. У них в анамнезе отсутствуют длительные психотравмы и тяжелые стрессовые ситуации. Зрительный дефект нарастал постепенно и слепота не наступила, хотя зрение значительно снижено. Для карты динамического контроля условное обозначение ВН.

**Второй тип.** Реабилитанты с кратковременной невротической реакцией в виде эмоциональной дезорганизованности, с астеническими и соматовегетативными проявлениями, с тенденцией к усложнению патопсихологической картины дефекта.

Патопсихологическая картина дефекта — застревание на одной мысли о том, например, что «глазные впадины пустые» — затруднение с лицами другого пола. Усугубляют замкнутость, депрессию «маскообразным», безжизненным. Из-за фиксированности этих мыслей планов на будущее не имеет. Иногда задает вопрос: «Зачем жить?» Если с помощью психокоррекции эта патопсихологическая картина не будет смягчена, изменена, то личности грозит катастрофа. У них жалобы более многочисленны, ожидают болезненной переработкой последствий потери зрения с осознанием косметического дефекта. Удваивающийся дефицит на личностном уровне.

В анамнезе у большинства — длительные психотравмирующие ситуации, отягощенные соматическими заболеваниями (диабет и др.). Для карты динамического контроля условное обозначение ВВ.

**Третий тип.** Реабилитанты с затянувшейся невротической реакцией у них полиморфная невротическая симптоматика сочетается с уменьшением психической активности, висцеропатиями, ипохондрической фиксированностью на соматических жалобах. Высокоступенчатая устойчива и с трудом поддается внешней (педагогической) коррекции. Для карты динамического контроля условное обозначение НН.

**Четвертый тип.** Реабилитанты с патохарактерологическими чертами личности, аффективно-возбудимого истероидного и ипохондрического круга. Раннее начало зрительного заболевания обуславливает развитие таких черт у них еще в подростковом возрасте. Жалобы на социальное окружение (врачей — «залечили», начальни-

ков — «из-за них потерял зрение» и т. д.), на халатное отношение к ним. У них завышена самооценка, самокритика отсутствует. Эгоистическая направленность установок затрудняет их обучение в группе. Для Карты динамического контроля условное обозначение О.

Динамический контроль за индивидуальными достижениями реабилитанта в процессе обучения в реабилитационном центре и анализ данных по анамнестической беседе позволяет организовать их в учебные группы: А, В, С, И.

Группы формируются с учетом таких характеристик, как возраст, образование, стаж потери (снижения) зрения, группа инвалидности, состояние соматического здоровья, тип реакции на зрительный дефект (табл. 2).

Таблица 2

ФОРМИРОВАНИЕ РЕАБИЛИТАНТОВ ПО ГРУППАМ ОБУЧЕНИЯ

Индекс группы	Возраст	Образование	Инвалидность, стаж потери зрения	Состояние здоровья	Тип реакции на зрительный дефект
А	От 61 до 82 лет	Любое	I—II группа, 5—6 лет	Резко осложненное	Четвертый
В	От 30 до 55—60 лет	Высшее, среднее	I—II группа, 2—3 года	Одно сопутствующее заболевание	Третий
С	От 18 до 30 лет	Среднее, специальное	I—II группа, до 1 года	Дефекты рук, ног и т. д.	Второй, первый
И	Всех возрастов	Любое	Любая	Любое	Любой

Для наших реабилитантов страдание, причиняемое зрительным дефектом, является центральным в личных переживаниях.

Страдание — наиболее распространенная отрицательная эмоция, и оно является составляющим и доминирующим при горе и депрессии. По своей сути страдание менее вредоносно для личности, чем страх. Оно служит конструктивным целям, мотивируя активную деятельность реабилитанта. Страдание проявляется в мимике, в жалобном голосе, в позе.

Переживание страдания они описывают как «уныние», «упадок духа», «обескураженность, одиночество, изоляцию, беспокойство, тревогу и, наконец, депрессию...»

Страдание биологически полезно, когда оно ведет к слезам и кратковременно...

У окружающих страдание, страдающая личность вызывает сочувствие и желание помочь, облегчить страдание всеми возможными средствами. Оно служит связывающей силой в социальных отношениях и в процессе обучения в Центре. Психокоррекционная работа направлена на то, чтобы страдание не усугублялось страхами. Ибо связь страдания и страха может тормозить и мешать выходу из сложившейся ситуации и вести к росту жесткой индивидуализации (аутизации) и невротизации личности вторично.

Каждый реабилитант индивидуально реагирует на потерю зрения из-за только ему присущих социобиопсихологических особенностей. Поэтому реакции у каждого человека отличаются уровнем и силой, временной характеристикой и личностными установками. Иногда затянувшееся страдание переходит в тревогу, а она приводит к нарастанию компонентов «депрессивного круга», если эта порочная связь не будет вовремя разорвана. Они же, «факторы страдания, тревоги, одиночества» показывают, что есть непосредственная связь их с алкоголизмом и наркоманией слепых.

В жалобах реабилитантов отражаются конкретные элементы страдания в чувствах (уныние, «упадок духа», обида на врачей, гнев, страх за свою жизнь); в ощущениях — одиночество, изоляция из привычного социального окружения, отверженность, потеря веры в себя; в расстройствах — физиологическое (головные боли и др.), психическое из-за конкретной неудачи, разочарования в себе из-за некомпетентности, неадекватности, дефектности; в мыслях — о какой-нибудь личной проблеме, о смерти, об одиночестве, беспомощности, обреченности; из-за действий ошибочных, повредивших другим, пассивности, ухода, отступления, попыток справиться со страданием, разговора с преподавателем...

Каждая сформированная учебная группа имеет характерные элементы страдания (жалоб) (табл. 3).

Таблица 3

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ СТРАДАНИЯ  
И ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИХ У РЕАБИЛИТАНТОВ

Группа реабилитантов	Элементы		
	беспокойство, тревога, %	страдание, %	депрессия, %
А	22	70	8
В	26	64	10
С	27	30	43
И	56	29	15

Так, в группе А чаще встречаются такие, в настроении которых преобладают уныние, чувства одиночества, отверженности. У поздноослепших данной группы очень часты психические расстройства из-за конкретных жизненных неудач.

Группа В более остро, чем группа А, переживает утрату зрения. Более остро страдает из-за упадка духа, вынужденной изоляции, что в ряде случаев сопровождается психотивными расстройствами (головными болями, сердечными спазмами и т. д.). Разочарование в себе из-за глазного дефекта усугубляет душевный дискомфорт. Изменение личностного статуса наводит на мысль о необходимости борьбы за самого себя всеми доступными средствами.

Группа С моложе по возрасту, чем предыдущие. Ей присущи те же элементы страдания. Но они менее значимы для представителя данной группы в силу возраста, так как их социальный статус еще не установился. И личность в данном случае живет больше проблемами будущего, чем настоящего.

Группу И составляют лица, которые кроме нарушений зрительных функций имеют тяжелые соматические дефекты. Это усугубляет их страдания и во многом осложняет процесс реабилитации.

Своевременная психокоррекционная помощь направлена на снятие элементов страдания (жалоб) реабилитантов. С их учетом строится любое занятие, сеансы аутотренинга направлены на восстановление личности, ее социального престижа и обучение жизни в условиях частичной или полной слепоты.

Реабилитанты овладевают на занятиях навыками и умениями «борьбы за самого себя» и «с самим собой», приобретают конкретные способы управлять собой и окружающими.

Из табл. 2 видно, что пожилые люди (пенсионеры) гораздо чаще страдают от психологического, социального дискомфорта, одиночества, чувства тревоги и страха.

По данным американских психологов, до 80% всех обращений человека к окружающим его людям связаны с острой нуждой в одобрении и поддержке. Именно поэтому вся работа по психокоррекции и строится на принципах организации обучения, в котором главную роль играют одобрение и поддержка личности и ее начинаний. Формируется установка на оптимизацию и реализацию личностного потенциала в трудовой деятельности, в социальном общении и т. д.

Работая в своей группе обучения (групповая психотерапия), реабилитант учится понимать и чувствовать не только себя, но и своего товарища. Такое обучение убеждает в главном — люди существуют друг для друга.

Психокоррекционная работа позволяет устранить многие элементы страдания. Например, ощущение изоляции, отгороженности от мира зрячих; расстройство физическое — частые головные боли, сопутствующие мысли об одиночестве; ошибочные действия, которые расшатывают сложившийся ранее стереотип деятельности (зрячего) и уверенности в себе. Личность бывшего зрячего резко

теряет индивидуальную защиту, выработанную годами, становится чрезвычайно уязвимой и беспомощной — психокоррекционная работа восстанавливает личностный престиж на новом качественном уровне.

Программный цикл занятий позволяет отрабатывать отдельные элементы и снижать их значимость, строить индивидуальную работу с реабилитантом, побуждая его использовать оставшиеся анализаторы: слуховой, тактильно-двигательный, осязательный, обонятельный и другие, — в качестве компенсирующих недостаток зрительной информации, устраняющих тот или иной элемент страдания.

Используемые нами варианты текстов для аутотренинга помогают снять ряд жалоб на головную боль и другие, формировать установки на активный образ жизни и т. д.

Итак, в психокоррекционном кабинете мы тренируем свою психику. Психокоррекционная работа начинается с главного и основного — с веры в себя: «Я человек очень сильный! Даже если не вижу, если здоровье уже подорвано, но у меня есть шанс — моя воля, моя цель! Поверь сам в себя! И делай все, чтобы эта вера не ослабла». Нельзя, конечно, свести всю жизнь к психотренировке — это было бы противостоительно, но, начав ее, надо делать ежедневно, не давая недугу одерживать верх.

Системе психокоррекции свойственен определенный алгоритм: оценка необходимости тех или иных форм самовоздействия, систематический их повтор (до выработки навыка-рефлекса), глубокое проникновение в их смысл и значимость. Это далеко не просто, так как требует умения понять себя, найти нужные слова-формулы, правильно сориентировать себя на преодолении трудностей.

Любой тип психокоррекционной помощи обучения только тогда принесет пользу, когда будет сочетаться с пониманием его конкретной целесообразности, с навыками самоконтроля, без чего невозможно достижение победы над своими недугами, слабостями, разочарованиями. На фоне освоения простейших элементов аутотренинга, психокоррекции и происходит воспитание веры в себя.

Постреабилитационный контроль за деятельностью реабилитантов, прошедших психокоррекционный курс, показал, что двигательная активность повысилась на 30—45% в зависимости от возраста и профессии реабилитанта; жалобы на головную боль сократились на 25—33%; успешно трудятся на УПП 43—45%; умеют управлять своим настроением 27—32%; в кружках Дома культуры В. А. Шелгунова занимается 10—15%; количество конфликтных ситуаций в семьях незрячих снизилось на 29—36%; самостоятельно у себя дома используют сеансы аутотренинга (по типу проводимых в кабинете психокоррекции) 31%.

Все это подчеркивает необходимость и целесообразность проводимой психокоррекционной работы с незрячими, она повышает их адаптационные возможности.

Так мы готовим личность к дальнейшему самостоятельному труду и жизни в обществе, учим преодолевать все трудности, которые могут встретиться на ее пути.

Нет безвыходных обстоятельств. Есть лишь вялость духа и неспособность по-новому, правильно организовать свою жизнь. Любые сложные обстоятельства должны вызывать лишь одну реакцию — психоволевой отпор. Надо воспитывать и тренировать собственную психику и волю, используя самые разнообразные способы саморегуляции и коррекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов А. В. Психическая саморегуляция как составная часть реабилитации незрячих. М.: ВОС, 1985.
2. Гехт К. Психогигиена. М.: Прогресс, 1979.
3. Глушков Е. К. Берегите зрение. М.: Медицина, 1987.
4. Лечебная физкультура в реабилитации постинсультных больных. М.: 1986.
5. Лобзин В. С., Кулагин Ю. М. Аутогенная тренировка в практике военного врача. Л.: ВМОЛА им. С. М. Кирова, 1986.
6. Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. М.: Медицина, 1986.
7. Руководство по психотерапии. / Под ред. В. Е. Рожнова, Ташкент: Медицина УзССР, 1985.
8. Рухманов А. Познать себя. М.: Молодая гвардия, 1983.
9. Социальная реабилитация. Опыт работы ЛП ВОС, 1985.
10. Ушинский К. Г. Невропатология для всех. Знание, 1987.
11. Федоров С. Н. Глаза в глаза. М.: Советская Россия, 1984.
12. Чаклин А. В. География здоровья. М.: Знание, 1986.

Л. Л. Лукьянова

## ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

Настоящая статья обобщает трехлетний опыт работы психокоррекционного курса «Группа общения», в составе которой были инвалиды по зрению, проходящие курс элементарной реабилитации в реабилитационном центре ЛПИ ВОС.

Основная задача группы общения — коррекция эмоционально-волевой сферы личности и ее поведения в новых изменившихся условиях, вызванных утратой зрения. Решение этой задачи позволяет, в случае необходимости, эффективно восстанавливать и перестраивать основные компоненты отношений личности — познавательный, эмоциональный и поведенческий. Именно в группе, как указывает Б. Д. Карвасарский, успешно протекает коррекция нарушенных межличностных отношений и разрешаются их трудности в актуальной жизненной ситуации. Механизм закрепления невротических реакций личности работает на межличностном уровне и лучше корректируется в группе и группой. Вместе с тем первичный механизм появления невроза — внутриличностные конфликты в истории жизни реабилитанта, где одним из этапов жизненного пути выступает утрата зрения и реакция на нее требует сочетания групповой и индивидуальной психокоррекции.

Продолжительность курса элементарной реабилитации в среднем — 2,5—3,0 месяца, при этом постоянно поступают новые реабилитанты в группу, так как РЦ выполняет функции скорой помощи утратившему зрение. Это и определяет ряд особенностей группы общения в условиях РЦ. Группы были открытые, смешанные в отношении пола и возраста, неоднородные по степени тяжести глазного заболевания, по наличию дополнительных дефектов и сопутствующих заболеваний.

Следствием сопутствующих заболеваний, а также значительных возрастных изменений у некоторой части лиц пожилого и старческого возраста являлось снижение интеллекта. Присутствие таких лиц в группе представляло особенную трудность. Однако это обстоятельство, неприемлемое для классических психотерапевтических групп, дало возможность получить определенный позитивный практический опыт.

Специфика контингента (частая заболеваемость, зависимость от сопровождающего, необходимость уехать домой засветло в связи с нарушением сумеречного зрения и прочие причины) не позволяла строго требовать обязательности и систематичности посещения группы, но вместе с тем делала особенно важным и актуальным формирование положительной мотивации к посещению занятий.

Следует отметить краткосрочность психокоррекционного курса в группе. На 2,5 месяца максимально приходилось 95 часов занятий в группе, но даже такой срок дает возможность, по словам реабилитанта, «...не только высказать свое мнение, свои чувства и свое понимание слепоты, но и услышать другого, понять его трудности, соотнести со своими и приобрести новый опыт и силы в понимании себя и других». Это мнение согласуется с оценкой задач, решаемых подобными группами, когда группа стремится к тому, чтобы каждый ее участник «...хотя бы в минимальной степени стал понимать причины и механизмы, которые вызвали актуальное ухудшение функционирования его организма, и приобрел новый опыт, который может помочь ему лучше справляться с подобной ситуацией в будущем» [2].

Особенности группы определяют формы и приемы психокоррекционной работы. В связи с высокой частотой поступления в группу новых членов на каждом из занятий, где присутствует новичок, объясняются цели и задачи группы общения, принципы поведения в группе, требования к ее участникам. Для того, чтобы эта часть занятий не носила монотонного характера, роль руководителя группы на время может передаваться самому старому участнику группы по сроку пребывания в ней или самому активному ее члену. В отдельных случаях возможен вариант пассивного присутствия новичка в группе, что особенно рекомендуется для сложных реабилитантов. Им предлагается посидеть, послушать, о чем будут говорить другие, решить для себя, хотят ли они посещать эти занятия.

Необходимо направлять ход занятий. С помощью вопросов в начале занятия («О чем мы собирались говорить сегодня?», «Чья очередь сегодня рассказывать о себе?») определяют ход и программу данного занятия. Что нужно сделать, чтобы занятие не превратилось в непродуктивное обсуждение последних неприятностей в жилконторе или проблем высшей школы? Как ориентировать обсуждение в соответствующем направлении? Для этого достаточно мягко задавать вопросы типа: «Не кажется ли вам, что мы отклонились от нашей темы?» или «Вы это сказали в связи... (с тем-то и тем-то)?» Таким образом члены группы непрямо направляются на обсуждение определенного круга тем.

Ход занятий должен быть построен таким образом, чтобы содержать все направления работы по программе курса одновременно в эмоциональной, познавательной и поведенческой сферах. В тех случаях, когда группа пассивна, отмечается поверхностное отношение к проблемам, предлагаемым для обсуждения, тогда участники воспринимают группу как «соловиный сад», где можно обсуждать

любые проблемы, кроме тех, которые наиболее значимы для решения внутриличностных и межличностных конфликтов [6]. И такая форма психологической защиты своих проблем порождает недовольство, неприятие группы и перенос всех претензий на руководителя курса. Например, после обсуждения бытовых проблем реабилитантка В. заявила: «Что это мы тут обсуждаем... как старухи... около дома всякие сплетни?!».

В такой ситуации руководитель «должен быть более активным и директивным, очень открытым, четко моделировать свои эмоции и рефлексии, взять на себя большую часть ответственности за то, что происходит в группе» [2].

Занятия группы общения ведутся по разработанной программе, включающей несколько разделов.

Первый — организационно-подготовительный раздел позволяет на основании изучения данных анамнеза и тестирования создать психологический портрет реабилитанта, в дальнейшем пополняемый наблюдениями на занятиях в группе.

При этом важно выявить историю и темпы потери зрения, тяжесть заболевания, прогноз. В беседе выясняются особенности реагирования реабилитанта на сложности и трудности, с которыми он сталкивается после потери зрения. Определяется круг проблем, возникших в семейном, профессиональном плане, сузился ли круг друзей и знакомых. Важно понять, какие требования предъявляет реабилитант к своему социальному окружению, его установку на реабилитацию, ожидания относительно ее результатов, оценить предполагаемую степень активности в учебно-воспитательном процессе.

Для диагностики личностных особенностей реабилитантов использовался тест Шмишека-Мюллера на акцентуации личности. Этот тест оценивает уровень патологических изменений в характере и темпераменте личности, позволяет, руководствуясь полученными данными, строить занятия и выбирать формы и приемы работы в группе.

В понимании акцентуированной личности мы исходили из определения К. Леонгарда, что это личность, обладающая латентной, скрытой психопатией, то есть не проявляющейся в обычных случаях психопатией. Таким образом, акцентуация личности — это такая патология характера, которая соответствует только одному или двум из трех критериев, определяющих психопатию. К этим критериям относятся: тотальность, стабильность и социальная дезадаптация [5].

Длительные сроки социальной дезадаптации слепнувшего человека или дезадаптированного внезапной утратой зрения, по-видимому, могут служить основанием для усиления и развития акцентуированных черт личности и привести к крайним формам проявления этих черт, вплоть до психопатического развития. Отсутствие зрительной обратной связи с внешним миром, сужение круга общения, в свою очередь, могут обусловить неконтрольное проявление

этих особенностей. Наконец, неблагоприятные социальные условия в сочетании с определенными гарантиями со стороны общества могут усилить иждивенческие установки личности с низким уровнем морально-этических позиций и направленности и, в свою очередь, привести к усилению проявления акцентуированных черт.

Тест привлекает своей доступностью, компактностью, легкостью интерпретации. Мы предвидим возражения по поводу не очень высокой надежности теста и отсутствия стандартных нормативов оценок, но это искупается возможностью проконтролировать результаты тестирования экспертным путем при занятиях в группе.

С помощью теста диагностируются особенности личности по десяти шкалам: ригидности, педантичности, тревожности, дистимии, гипертимии, циклотимии, демонстративности, эмотивности, экзальтированности, неуравновешенности. Каждая из шкал состоит из неодинакового числа вопросов, но после обработки оценки умножаются на свой для каждой шкалы коэффициент. Таким образом, каждая из десяти акцентуаций оценивалась от 0 до 24 баллов. Оценки до 12 баллов по каждой из шкал указывают на отсутствие акцентуации данного типа, выше 12 баллов — на ее наличие. Оценки выше 18 баллов указывают на переход акцентуации в психопатию соответствующего типа.

Рассмотрим каждую из шкал.

**Р и г и д н о с т ь**, по Леонгарду, характеризуется застреванием — накоплением аффекта. Особенности ригидной, застревающей личности проявляются следующим образом: высокой чувствительностью к обиде и несправедливости, злопамятностью («могу простить обиду, но не забуду ее»); склонностью вступаться за других, когда к этим другим несправедливо относятся (эту склонность застревающая личность считает социально ценным качеством), честолюбием, желанием выдвинуться, что особенно заметно, когда ущемляется личный престиж. В крайней степени проявления застревания, «...если конфликты все больше нагромождаются, если сталкиваемся со все растущей вздорностью и индивидуальностью, то здесь приходится констатировать (если, конечно, исключить крайне неблагоприятную ситуацию) уже не акцентуированную черту личности, а паранойальную психопатию, при которой застревание переходит в патологическую стадию» [4].

**П е д а н т и ч н о с т ь**, по Леонгарду, характеризуется раскатыванием аффекта, т. е. то возникновением его, то угасанием, то появлением снова. Из этого следуют такие качества педантической личности, как нерешительность, внутренняя неуверенность в себе, аккуратность и добросовестность в работе (когда такие люди, как указывал Леонгард, сплошь и рядом работают сверхурочно, не требуя никакой оплаты), повышенное чувство ответственности (невозможность выполнить все, как требует добросовестность, делает таких людей несчастными). Особенно следует отметить, что «для педантических личностей нередко более приемлемо вовсе снять с себя ответственность за порученное дело, чем пытаться справиться

с ним неполноценно» [4]. Крайнее проявление акцентуации по педантичности приводит к психопатии, характеризующейся навязчивостями, т. е. непреодолимыми мыслями, сомнениями, представлениями с сохранением к ним критического отношения.

Тревожность как акцентуация формируется в детстве и проявляется в следующих качествах у взрослых: робости, покорности, униженности, доверчивости, неспособности отстоять свою позицию перед другими людьми в конфликтной ситуации, настороженности перед внешними событиями и раздражителями. Последнее качество позволяет отличить тревожную личность от педантичной — при робости тревожной личности беспокойство направлено вовне, страх порождается внешними объектами, а не внутренней неуверенностью в себе. Крайняя степень тревожности проявляется фобиями (страхами).

Дистимия — акцентуация, характеризующая субдепрессивный темперамент. Леонгард считает, что для дистимиков характерна тяжеловесность, основательность, медлительность эмоциональных и мыслительных процессов. Дистимик может быть замедлен и туповат, но отличается серьезностью этических позиций. Крайнее проявление дистимического темперамента приводит к депрессии.

Гипертимия — качество, противоположное дистимии. Гипертимик отличается подвижностью, богатством идей, ассоциаций, высокой переключаемостью внимания, низкой его концентрацией. Гипертимик весел, небрежен, часто неаккуратен и неусидчив. Крайнее проявление гипертимии приводит к маниакальному состоянию, повышенному, возбужденному настроению.

Циклотимия характеризуется беспричинными колебаниями настроения (трудно определить, что вызвало эти колебания — внешние или внутренние причины), контактностью в веселом обществе, замкнутостью в серьезном. Циклотимики обычно «после события — стимула еще некоторое время продолжают вибрировать на струне радостного возбуждения или серьезности, хотя само событие уже давно снято с повестки дня.» [4]. В случаях яркой выраженности аффективно-лабильного темперамента колебания настроения связаны с сугубо внутренними причинами, а не с внешними событиями. В таких случаях перед нами не аффективно-лабильный темперамент, а циклотимия как вид психопатии.

Демонстративность как черта характера проявляется следующими качествами: артистичностью, легкостью перевоплощения, прекрасным умением чувствовать другого человека и интуитивным умением себя с ним вести, умением игнорировать отрицательные сигналы со стороны окружающих и, таким образом, сохранять высокую самооценку, склонностью приписывать себе разные весьма положительные качества даже и тогда, когда о них не спрашивают, улавливать любую возможность представить себя с лучшей стороны. Демонстративные личности недостаточно критич-

но подходят к оценке ситуаций и в своем поведении «эмансипируются от фактов.» Крайне выраженная демонстративность позволяет говорить об истерической психопатии.

**Э м о т и в н о с т ь.** Эмотивный темперамент характеризуется следующими особенностями: мягкосердечием и жалостью, включаемостью в эмоциональную ситуацию (бывает глубоко потрясена самым событием и не может «выключиться»). В патологических случаях эмотивный темперамент перерастает в реактивно-лабильную психопатию, чреватую реактивными депрессиями и иногда склонностью к самоубийству.

**Э к з а л ь т и р о в а н н о с т ь** как черта темперамента близко связана с эмотивностью и проявляется, как отмечает Леонгард, следующими особенностями: глубоким реагированием на отдельные события, искренностью чувств, патетикой, трудностями перехода от одного полюса чувств к другому. При уклоне в сторону повышенного настроения наблюдается эйфория, легкая воодушевляемость экзальтированной личности, а при уклоне в сторону пониженного настроения — отчаяние, человек считает, что «все погребло.» Экзальтированная личность отличается от демонстративной тем, что чувства и переживания ее глубоки, а у демонстративной дело дальше «фа-сада» не идет.

**Н е у р а в н о в е ш е н н о с т ь** проявляется такими особенностями, как взрывчатость, возбудимость, тяжеловесность и медлительность в сочетании с раздражительностью, сверхнормативность как любовь к порядку и требования к себе и окружающим выполнять правила и нормы поведения, угрюмость в сочетании с услужливостью, ослабленный контроль над влечениями (что нередко проявляется в жадности и неаккуратности в еде, склонности к алкоголизму, грубости в сексуальных отношениях, неумении сдерживать агрессивность, рукоприкладстве). Неуравновешенный человек, как отмечает Леонгард, нередко любит детей и животных. Крайние оценки по шкале неуравновешенности характеризуют эпилептоидную психопатию.

При анализе материалов обследования по тесту следует учитывать, что некоторые акцентуации темперамента и характера «гасят» друг друга, некоторые взаимно усиливают. Так, например, сочетание неуравновешенности с демонстративностью может оказаться особенно опасным в тех случаях, когда демонстративность проявляется в склонности к реакциям типа «короткого замыкания», когда аффект переходит сразу в действие, а среднее звено обдумывания и взвешивания предстоящего поступка выпадает.

Опыт работы в группе позволил накопить материал, который лег в основу учебно-тематических разделов ее программы. Темы занятий в группе отражают содержательную сторону значимых переживаний и внутренних конфликтов личности, потерявшей зрение. Значимые переживания выявлялись в процессе бесед о трудностях и сложностях, с которыми сталкивается человек после внезапной утраты зрения или в процессе постепенного его ухудшения. Для на-

копления подобного опыта и эффективного проведения самого психокоррекционного курса реабилитанты по мере поступления в группу или на индивидуальных собеседованиях знакомятся с целями и задачами группы, а также с основными принципами и правилами поведения на занятиях, соблюдение которых обязательно для всех членов группы: Это:

необходимость и важность систематического посещения занятий;

выполнение требования говорить обо всем открыто и искренне;

не выносить за пределы группы той доверительной информации, которой могут поделиться участники группы;

помогать товарищам по группе включиться в нее, познать и изменить способ поведения и переживания, являющийся причиной их дезадаптации;

не тратить времени в рассуждениях на общие темы;

концентрироваться на конкретных проблемах как собственных, так и других членов группы;

отказаться от общих фраз, говорить конкретно о своих чувствах во время занятий;

считаться со взглядами окружающих, выслушивать их мнения и советы, обдумывать их, но принимать решения самостоятельно [3].

Важно при этом подбирать слова и возражения, соответствующие уровню интеллекта реабилитантов. Однако нельзя впадать в другую крайность, подстраиваясь под низкий интеллект, превращать информацию о целях, задачах и правилах группы общения в предложение обсуждать бытовые и семейные трудности «на уровне домохозяйек.»

В результате практической работы по коррекции определились следующие причины переживаний участников группы, сгруппированные по уровням функционирования личности.

В первый уровень — психофизический — входят переживания, связанные с дефектом зрения и общим состоянием здоровья. Переживание утраты зрения может быть напрямую связано с этим физическим недостатком, т. е. с самой невозможностью увидеть то, что видел раньше. Тогда мы встречаемся с чувствами тоски, печали, уныния, проявляющимися в таких, например, высказываниях участников группы, как «раньше, когда я видел...», «сейчас, когда я не вижу», «теперь трудно из-за слепоты», «сейчас я этого не могу — нервишки из-за слепоты». Эти и подобные вкрапления в речи реабилитантов подчеркивают уязвимость личности в отношении дефекта зрения. Значимость переживаний по поводу потери зрения иллюстрирует такая, например, фраза: «У меня тоска из-за слепоты, я вспоминаю свою родину.» Неявно на подобные переживания указывают требования некоторых реабилитантов получить

консультации по определенным вопросам только у инвалидов по зрению, так как «он лучше знает наше положение», «зрячий не знает, как это делается, есть специальные приемы» или «только слепой поймет слепого».

Переживания также могут быть связаны с плохим самочувствием из-за течения глазного заболевания — головных болей, головокружений, воспалительных процессов в глазу, других болевых ощущений и, в связи с этим, со слабостью и утомляемостью, снижением работоспособности всего организма.

Основой переживаний первого уровня может служить отношение личности к дополнительному заболеванию, которое часто усиливает трудности реабилитации и адаптации к дефекту зрения. Это — переживания по поводу болевых ощущений, течения, динамики, возможного исхода болезни, падения работоспособности и утомляемости. Часто дополнительное заболевание накладывает определенные ограничения на возможности организма из-за стойкого падения уровня функционирования некоторых систем организма. Если для личности с активной позицией в жизни было бы нетрудно по отдельности справляться со слепотой или с общим заболеванием, то совместное их действие ухудшает прогноз относительно успешности элементарной реабилитации и вызывает тяжелые переживания.

Второй уровень — внутриличностный — отражает переживания, возникающие на основе отношения к самому себе и к своему соматическому страданию. На этом уровне переживания связаны с состоянием и статусом инвалида, с восстановлением психофизической самостоятельности. Значимыми становятся чувства одиночества, страха перед необходимостью быть самостоятельным, обходиться без помощи других и страха перед зависимостью от других. Страхи подобного рода возникают в том случае, если внимание реабилитанта поглощает не решение реальных проблем элементарной, а в дальнейшем и социальной реабилитации, а стремление сохранить «представления о значимости своего «я» как в собственных глазах, так и в глазах окружающих [3].

Чувства этого уровня опосредуются отношениями окружающих к зрительному дефекту и их реакциями на этот дефект. Источником значимых переживаний может стать дефект внешности. Действительно, достаточно часто инвалид по зрению не в состоянии увидеть себя в зеркале, дать объективную оценку своей внешности. В такой ситуации ему приходится полагаться на мнения и реакции окружающих на свою внешность. Например, реабилитантка Н. (30 лет, I группа инвалидности по зрению) на занятии спрашивала: «Как я выгляжу? Скажите, пожалуйста, у меня очень сильное косоглазие, это страшно выглядит?» Безусловно, сказать в этом случае правду, т. е. объективно описать косметический недостаток, значит обидеть, уязвить молодую женщину, фиксировать ее на своей не идеальной внешности. Уйти от ответа тоже нельзя, так как умолчание может расцениваться как нежелание

огорчить и повлечет за собой домыслы более страшные, чем самая горькая правда. Снять эмоциональное напряжение можно, указав на то, что легкий косметический недостаток имеется, но он практически незаметен у такой стройной, подвижной, очень аккуратной женщины. К тому же косоглазие можно скрыть, надев дымчатые очки и подобрав с помощью близких красивую, изящную, идущую к лицу оправу.

Страх перед обострением болезни и ухудшением зрения часто обусловлен бестактным отношением врачей и может вызвать неблагоприятное изменение психического состояния. Встречаются и переживания, связанные с необоснованной надеждой, поданной врачами или близкими, на улучшение зрения, когда весь жизненный уклад семьи брошен под колеса надежды на внезапное и счастливое исцеление. Например, реабилитант К. (30 лет, I группа инвалидности по зрению), тотально слепой, потерявший зрение после множества неудачных операций, под влиянием матери, тяжело переживавшей слепоту сына, испытывал чувство надежды на то, что последнее «спасительное» вмешательство хирургов возвратит ему зрение и даже ради этого совершил поездку за рубеж, где в итоге ему было отказано в операции. Подобные «надежды», к сожалению, формируют пренебрежительное отношение к процессу реабилитации в целом, к участникам группы и преподавателям в частности. Коррекция подобных «надежд» практически невозможна, как невозможна коррекция и всяких других чувств до тех пор, пока они не будут пережиты. Аргументация спокойная и разумная в пользу реабилитации, очень мягкие и доброжелательные попытки помочь посмотреть правде в глаза в этой ситуации приводят к резко негативному отношению к тому, кто эти попытки совершает. В случае с К. коррекцию «надежд» произвела сама жизнь, и удар был тем сильнее, что он был к нему не подготовлен.

Центральная проблема реабилитации поздноослепших — ориентирование в большом и малом пространстве. Можно, не боясь ошибиться, сказать, что у 99% лиц, занимавшихся в РЦ, основной причиной переживаний является неумение ориентироваться. Здесь встречаются переживания, связанные с трудностями и сложностями ориентировки, которые выступают как чувства беспомощности и несостоятельности. Основа этих чувств — невозможность из-за дополнительных заболеваний или недостаточность опыта жизни вслепую обучиться ориентированию за короткий срок. Тормозом к обучению может быть и нежелание взять трость. Основа нежелания — неустойчивая самооценка, ориентация на то, «как я буду выглядеть со стороны.»

Вторично, на основании этих трудностей и, отчасти, отрицательного опыта самостоятельного ориентирования формируются страхи перед пространством и перед высоко оцениваемой вероятностью стать еще более глубоким инвалидом, например, в случае, если упадешь под машину. Эти страхи могут послужить основой для вну-

триличностного конфликта между «хочу и не имею возможностей» (физических, психофизических).

Некоторые реабилитанты обладают сильным комплексом переживания себя «как инвалида». Отсюда — отказ от некоторых приемов и способов работы вслепую, нежелание обучаться Брайлю, взять в руки трость. Мотивировки в этом случае такие: «пока я еще хоть немного вижу...», «я буду чувствовать себя полным инвалидом, если...» — и далее перечень того, что, по мнению реабилитанта, является атрибутикой инвалида. Подобное «чувство инвалидности» формируется на основании сопоставления прошлого «зрячего» и нынешнего «слепого» опыта, а закрепляется на межличностном уровне, что подводит нас к третьей группе значимых переживаний.

Социально-психологический и социальный уровень функционирования личности приводит к эмоциональным переживаниям, которые находят свою основу в нарушении межличностных отношений с ближайшим социальным окружением. Переживания этого уровня подразделяются на несколько групп.

В первую группу входят переживания, связанные с трудностями общения с родными и друзьями, распадом связей, что проявляется в чувстве одиночества, боязни остаться без ухода за собой, переживания, обусловленные нарушениями взаимоотношений с сексуальным партнером, мужем, женой; переживания, связанные с разводом, потерей близких, нарушениями отношений с родителями, детьми, другими родственниками, с распределением функций в семье, алкоголизмом близких.

Приведем пример, иллюстрирующий значительное сужение круга общения и распад связей после потери зрения у реабилитанта Ш. (38 лет, инвалид II группы по зрению). Обычно Ш. в ситуациях общения играет роль ребенка. При просьбе назвать людей, исполняющих в его жизни разные роли, например, друга, советчика, счастливого человека и т. п., практически весь репертуар ролей Ш. отдает жене, отцу и детям. Он затрудняется выбрать известных ему людей на ту или иную роль, утверждает, что у него нет друзей. Резко агрессивно отреагировал на предложение пригласить свою жену для собеседования. Причина агрессивности преподносится как реакция на попытку затронуть нечто глубоко интимное. Из контекста бесед в группе и индивидуальных вытекало, что с женой у него взаимоотношения небезупречны: она глава семьи, возможно, деспотична, он играет роль ребенка, мешая ей, сексуальный контакт с женой не налажен. Он называет ее «мамуля», что еще больше подчеркивает скрываемую им зависимость от жены.

Образ жизни Ш. ведет замкнутый. Единственное место, где он может расширить свои контакты и свободно общаться — отдел реабилитации. Неоднократно при беседах делались попытки приписать себе некую ненормальность, психическую болезнь. Возможно, эти попытки связаны с оправданием роли ребенка, желанием

подчеркнуть свою исключительность, но очень инфантильным способом.

Ситуация ограничения общения, распада связей самим Ш. не осознается. Фокус значимых связей у него смещается на приписывание своей внешности необычности. Так, Ш. утверждает: «У меня внешность не такая, как у всех, я похож на грузина или на кого-нибудь из Средней Азии»; ему кажется, что такая внешность наводит людей на мысль, что у него много денег. По этой же причине Ш. скрывает, какая у него была профессия до получения инвалидности: «Будут думать, что раз работал в торговле, у меня денег много». Действительно, такое смещение акцента переживаний с чувства одиночества на свою необычность дает возможность объяснить дефицит общения приемлемым для себя способом. При этом Ш. не осознает, что причиной любопытства людей к его внешности может быть не «южная внешность», а серьезный косметический дефект глазного яблока. Кроме того, высокие оценки по гипертимии (21 балл) и циклотимии (18 баллов), являясь существенным отклонением в эмоциональной сфере, затрудняют осознание ограниченности круга общения.

Вторую группу значимых переживаний составляют переживания, связанные с потерей социального и профессионального статуса, осложнениями в организации работы по специальности, потерей работы. Подобные переживания характерны для социально зрелой личности с ее установившимися ценностными ориентациями, идеалами, направленностью на общественное благо. Здесь легче всего корректируются, а чаще самокорректируются отношения личности и труднее всего оказать ей реальную помощь, так как вопрос о работе по специальности для слепого на сегодняшний день носит социальный, а не социально-психологический и не психологический характер.

К третьей группе относятся переживания, связанные с материальными трудностями, что чаще всего бывает из-за ухудшения материального положения вследствие потери работы по специальности, или из-за жилплощади. За этими объективными причинами часто встают другие, осознаваемые или неосознаваемые причины переживаний, взаимосвязанные с другими группами причин.

Например, за объективной причиной недостатка жилплощади стоят и нарушенные семейные связи, и претензии к ближайшему социальному окружению, и стремление «добиться справедливости» (так как «я инвалид и мне все обязаны»). Предметом коррекции здесь несомненно должна быть неадекватно завышенная самооценка, но ни в коем случае не следует исключать и возможность оказания реальной помощи реабилитанту в получении дополнительной или отдельной площади, если это в силах РЦ.

Например, такое радостное событие в жизни реабилитанта Г. (38 лет, тотально слепой), как рождение дочери, явилось для него причиной очень кратковременных положительных эмоций и быстро стало для него незначимым. Но одновременно на фоне этого

значительного события в жизни семьи разворачивалась картина значимых эмоциональных переживаний, связанных с трудностью получения жилплощади и конфликтами с родственниками жены, от которых, по его мнению, зависело, как быстро будет получена площадь. Осознавались и вербализировались реабилитантом только переживания по поводу денег, площади, конфликтов в межличностных отношениях. Не осознавались переживания, связанные с борьбой за лидерство в семье между реабилитантом, бабушкой жены и мачехой жены. Претензии на лидерство у реабилитанта были связаны с видением себя в роли главы семьи, а у бабушки жены, соответственно, с привычкой опекать молодую женщину, слепую от рождения, с самого детства. Претензии на лидерство со стороны мачехи, в свою очередь, были связаны с принятием на себя роли хозяйки дома, на чьи права посягает какой-то чужак, стремясь к тому же и захватить часть жизненного пространства, т. е. попросту жилплощади. Если обратиться к ролевой теории, то здесь видна несогласованность ролевых позиций конфликтующих сторон, каждый из претендентов на лидерство берет на себя роль родителя, который вправе и поучать, и требовать, и ссылаться на закон. Не осознавалось реабилитантом и его неумение общаться — поставить себя на место другого, пересмотреть свою позицию, выйти из конфликта рациональным путем, а не впадать в реакцию амбиции. Подобный конфликт не мог быть решен без активного участия самого реабилитанта, однако его возбудимый характер и ригидность еще более усугубляли ситуацию. Попытки поправить дело чужими руками, естественно, ни к чему не привели, а тенденция к накоплению возбуждения привела к такой генерализации аффекта по поводу того, что «меня все обижают, что я слепой», что виноваты в этом оказались все сотрудники РЦ с ЛП ВОС во главе. Хотя очевидно, что причинами конфликтогенной ситуации были не осознаваемые реабилитантом претензии, завышенная самооценка, неумение скорректировать свою ролевую позицию соответственно сложившейся ситуации. И основой для всего этого было отношение к себе как к несчастному слепому, которому не дают то, что ему положено по праву — для самого реабилитанта очевидной и лежащей на поверхности трудностью осталась объективная нехватка жилплощади и борьба с «бездушными» родственниками жены.

Переживание чувства одиночества, своей никчемности, ненужности — одно из проявлений нарушения функционирования личности на социальном уровне. Эти переживания могут быть двоякого рода:

переживания, связанные с нарушением межличностных отношений из-за потери зрения. Тут мы имеем дело с резким нарушением самооценки личности, депрессией, психотическими реакциями и т. п;

переживания как следствие постоянно нарастающего внутреннего невротического конфликта, причины которого не в утрате зрения, или не только в ней, а в личностных противоречиях более глубокого порядка, которые сформировались еще в детстве. Так, А. Б. До-

брович отмечает, что «гармоничность характера заключается, среди прочего, в том, что сознательное устремление человека находит опору (а не препятствие) в подсознательных «пластах» его души».

Действительно, если мы встречаемся с личностью, чье воспитание и вся предыдущая жизнь характеризует ее как ответственную, самостоятельную, активную, найти проявления невротических или психотических реакций не удастся ни при каких ситуациях. Т. е. слепота как таковая на фоне здоровой личности не приводит к нарушению межличностного взаимодействия. То, чего нет, а именно, внутрличностных противоречий, ведущих к невротизации, не может быть усугублено. В этом случае можно наблюдать легкий налет печали, но не глубокую депрессию. Да, есть беспомощность физическая, но при активной жизненной позиции она не является объектом значимых переживаний — страха остаться без помощи. Более высокие цели заслоняют и нивелируют то, что у личности не самостоятельной приобретает самоудовольщающее значение.

Рассмотрим пример, иллюстрирующий вышесказанное. Реабилитантка Т. (35 лет, инвалид I группы по зрению) полностью потеряла зрение в результате мозговой опухоли, перенесла несколько тяжелых операций. У Т. нарушена чувствительность пальцев рук, тугоухость, частые головные боли. На занятия в РЦ Т. приезжала самостоятельно, по семейным обстоятельствам (двое маленьких детей) не могла жить в РЦ. По опроснику Леонгарда были получены следующие результаты: акцентуации по эмотивности — (15), педантичности — (16), тревожности — (21), дистимии — (18). Такие результаты могут предполагать, что перед нами чувствительная, впечатлительная, нерешительная женщина с постоянно сниженным настроением и бесконечными опасениями за состояние своего здоровья. Действительно, из анализа следовало, что высокая тревожность была обусловлена объективно плохим состоянием здоровья и постоянными опасениями за здоровье детей. Такая ситуация обусловила и депрессивное состояние реабилитантки, которая признавалась: «И только дети меня еще удерживают в жизни.» Важно, что причины акцентуаций обусловлены не патологией характера, а реально трудной и сложной жизненной ситуацией. Внешне же эти акцентуации никак не проявлялись — на занятиях группы Т. была активна, жизнерадостна.

Приемы работы здесь использовались следующие. Индивидуальная психокоррекция с активизацией, разбором жизненных ситуаций, выявлением причин конфликтов в семье. Наиболее вероятными причинами конфликтов были примитивные реакции, амбиции у мужа и его стремление подчеркнуть свое превосходство над женой, которая явно выше его духовно. Рациональная психотерапия помогла реабилитантке понять причины такого, на первый взгляд, неадекватного поведения мужа, который, казалось бы, должен сочувствовать несчастью большой женщины, но фактически, чувствуя ее душевное превосходство, пытался взять реванш, всячески подчеркивая ее беспомощность.

В группе вопросы личной жизни Т. не обсуждались. Здесь скорее выполнялась рекомендация Селье «вспоминать, что в любой жизни есть свои вершины...»

Действительно, рассказы Т. о том, как она в школе работала пионервожатой, показали, что она интуитивно владела техникой и приемами психокоррекции. Эти ее «профессиональные» успехи в области общения всячески подчеркивались и одобрялись на группе.

В чем заключается помощь психолога таким людям? Безусловно, важнейшее значение приобретает здесь поддержка руководителя и членов группы, особенно в тех случаях, когда успехи в обучении из-за дополнительных дефектов и заболеваний невелики и часто старания несоизмеримы успехам.

В случае с Т. адекватная самооценка не требует коррекции, но инвалид такого статуса нуждается в дружеской поддержке и помощи со стороны общественности.

Иное наблюдается у реабилитанта, чьи особенности и до утраты зрения говорили о противоречиях внутри личности. Так, поведение Е. (60 лет, инвалид I группы по зрению) в анамнезе характеризовалось принятием на себя в семье роли главы. Причем, главенство носило явно авторитарный характер. Внутрисемейные функции распределялись следующим образом: муж закупал продукты, совместно с женой решал вопросы отдыха, проведения досуга, материально обеспечивал семью. Жена практически одна вела домашнее хозяйство, все виды домашних работ (стирка, готовка, мытье посуды, уборка) выполнялись только ею. Одновременно и муж, и жена занимались научной работой. Реабилитант преподносил себя как демократическую личность, хотя из бесед с женой было ясно, что еще до болезни мужу принадлежала роль деспота в семье. Утверждение Е. о том, что вопросы совместного отдыха решались коллегиально, противоречит фактам: увлечение мужа рыбной ловлей являлось практически единственным видом отдыха. Когда здоровье жены стало несколько хуже, муж без всякого чувства вины продолжал излюбленное занятие, оставляя жену дома. Инфантильная позиция баловня в семье оправдывалась тем, что Е. вел значительную научную работу. Однако на неосознанном уровне находились такие противоречия в этой роли научного работника, как использование части своего свободного от работы времени для развлечений и встреч с друзьями. Это женой воспринималось как должное, а мужем просто не осознавалось.

После утраты зрения и вследствие этого работы по специальности и профессионального статуса Е. не смог играть в семье роль «кормильца» и «занятого делом человека». Однако перераспределения функций внутри семьи не произошло, Е. оставался главой (хотя и формально), жена охотно поддерживала его в этой роли. Неумение скорректировать свое поведение, свои отношения с окружающими привело к тому, что самым значительным переживанием Е. стало собственное прошлое и, возможно, будущее величие. Все общение с окружающими на занятиях сводилось к воспоминаниям

о том, как он... и далее перечень «подвигов Геракла.» В группе Е. давил на окружающих, был монопольным оратором. Эти его особенности были обусловлены высоким уровнем демонстративности. Сдвиги в изменении самооценки начались, когда после бесед с женой о необходимости включить Е. в деятельность и для начала в домашнюю ему было предложено вымыть дома посуду, постирать рубашку, почистить картошку, наконец, ему перестали подавать ботинки и завязывать шнурки. Это и было началом коррекции позиции «голого короля», который на подсознательном уровне имел неадекватно завышенную самооценку, вел себя как примитивный индивид, осуществляя реакции захвата и присвоения и трактуя партнера по общению как свою собственность (так же он, впрочем, трактовал и свою жену). Любопытно, что когда Е. на это обстоятельство было указано «соученицей», он проявил реакцию агрессии, в один миг лишившись маски высококультурного человека.

К сожалению, такой пример для нашей выборки не единственный, но он красочно и убедительно иллюстрирует тот факт, что реакция на слепоту обусловлена предыдущими конфликтами, установками и претензиями личности.

Рассматривая переживания на всех трех уровнях функционирования личности, замечаешь, что на самом высшем, социальном, стоит проблема общения, спускаемся на уровень ниже — и перед нами личность, озабоченная своим «я», на самом низком уровне — самое значимое переживание — «мой организм», «мое зрение», «мое здоровье.» Безусловно, все три уровня переплетены между собой, когда речь заходит о живом человеке с его конфликтами, проблемами, трудностями. Чем значительнее дефект зрения и серьезнее дополнительные заболевания, тем резче проявляются переживания о своем здоровье. То же мы наблюдаем и с увеличением возраста, со снижением интеллекта.

Наконец, имеет значение и степень выраженности акцентуаций характера и темперамента. Чем больше отклонений от нормы, чем сильнее патологические черты, тем меньше беспокоят данную личность проблемы своей позиции в мире, в обществе, наконец, в ближайшем социальном окружении. Чем патологичнее личность, тем ей «ближе к телу ее собственная рубашка».

Чем ответственнее позиция личности, тем меньшее влияние на нее может оказать ближайшее социальное окружение в качестве деформатора отношения к своему «я» после потери зрения. Такая личность преодолевает и собственные негативные особенности темперамента и характера. Можно смело сказать, что мотивация и направленность на адаптацию к зрительному дефекту и реабилитацию приносит свои положительные плоды независимо от акцентуаций и степени зрительных нарушений. На это преодоление себя направлена и психокоррекционная работа в группе. Поэтому итоговые занятия в группе всегда связаны с обсуждением перспектив дальнейшей жизни инвалида по зрению, его трудоустройства, возможностей его социальной и профессиональной активности.

Личностные характеристики инвалидов по зрению, их особенности, динамика формирования — предмет более глубокого и длительного изучения. Данная статья — только робкая попытка подойти к теме об особенностях поведения инвалидов по зрению в группах, занимающихся психокоррекционной работой. Не является, по-видимому, оптимальной и единственной методика исследования личности с помощью данного теста. Безусловно, для более полного освещения данной проблемы требуется и длительное изучение реабилитантов и использование множества тестов, групп и особенности личности преподавателя. Ясно только одно, что работа с людьми, потерявшими зрение, с целью психокоррекции их эмоциональной, познавательной и поведенческой сфер — задача актуальнейшая и плоды решения этой задачи являются неоценимым вкладом в дело реабилитации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. **Добрович А. Б.** Воспитателю о психологии и психогигиене общения. М.: Педагогика, 1987.
2. **Домбровский С., Бондар Б.** и др. Групповая психотерапия больных психозами в системе психотерапевтических воздействий. — В кн.: Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. Л., 1979.
3. **Карвасарский Б. Д.** Психотерапия. М.: Медицина, 1985.
4. **Леонгард К.** Акцентуированные личности. Киев: Вища школа, 1981.
5. **Личко А. Е.** Психопатии и акцентуации характера у подростков. М.: Медицина, 1977.
6. Руководство по психотерапии. /Под ред. Рожнова В. Е. Ташкент: Медицина УзССР, 1985.

И. С. Авакьянц

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЭЛЕМЕНТАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРИСТИК ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ ПОЗДНООСЛЕПШИХ

Внимание и память — высшие психические процессы, продуктивность которых зависит от активной деятельности человека в процессе познания окружающей действительности и социальной направленности индивида. Индивидуальные различия внимания и памяти изучались ранее и изучаются в настоящее время. Зависимость индивидуальных особенностей внимания и памяти от тяжести нарушений зрительного анализатора, сопутствующих заболеваний, возраста, образовательного уровня изучались нами у поздноослепших, проходивших курс элементарной реабилитации в реабилитационном центре Ленинградского правления ВОС. Полученные экспериментальные данные использовались нами с целью совершенствования организации учебной деятельности и повышения эффективности всего процесса элементарной реабилитации инвалидов по зрению.

В психической жизни человека, в его практической деятельности велика роль внимания.

«Внимание — это избирательная направленность на тот или иной объект и сосредоточенность на нём, углублённость в направленную на объект познавательную деятельность.» [3]

Итак, характеристикой внимания является его концентрация, сосредоточенность на объектах или явлениях, включённых в деятельность. При этом количеством объектов, которыми одновременно оперируют в деятельности, определяют объём внимания. Ряд исследований показал, что объём внимания взрослого человека равен в среднем четырём-пяти, иногда шести объектам, не зависимым друг от друга. С объёмом внимания связано и распределение внимания, т. е. его способность одновременно концентрироваться на некотором числе разнородных объектов. А это даёт возможность в конкретном временном диапазоне производить несколько действий и контролировать в поле сознания несколько независимых друг от друга явлений.

Другим свойством внимания является его устойчивость, характеризующая конкретным промежутком времени, в течение которого сохраняется концентрация внимания.

Велика роль переключаемости внимания, выражающаяся в способности быстрого перехода от одной деятельности к другой в её новых изменившихся условиях.

Учебно-восстановительный процесс реабилитации имеет своей главной целью создание условий к компенсации утраченного зрения. Компенсаторное приспособление, рассматриваемое «как универсальная способность организма в той или иной мере возмещать нарушение или утрату определённых функций» [2], основывается на процессе перестройки межанализаторных связей сохранных органов чувств. Это предъявляет повышенные требования к уровню активности психической деятельности поздноослепших, характеризующего в первую очередь особенностями внимания. Поэтому в первые дни пребывания реабилитанта в РЦ мы проводили экспериментальное изучение особенностей произвольного внимания по следующей общепринятой методике: в задание входило обследование внимания по двум сериям. I серия — на вычитание чисел 7 и 8 с последующим их чередованием, II серия — на прибавление чисел 5 и 6 с последующим их чередованием. В момент выполнения этих заданий учитывалось время, за которое было выполнено это задание, и количество допущенных ошибок. По окончании каждого задания реабилитант давал отчёт о трудностях его выполнения. Экспериментатор фиксировал свои наблюдения за выполнением данных заданий в Бланке обследования внимания (приложение I).

В эксперименте участвовало 69 человек, составившие три возрастные группы (за основу взята возрастная периодизация Б. Г. Ананьева). В группу 19—35-летних вошло 27,5% (19 человек) от всего числа обследуемых, в группу 36—60-летних — 43,5% (30 человек), в группу 61—81-летних — 29% (20 человек). С инвалидностью I группы по зрению — 35% (24 человека), с инвалидностью II группы по зрению — 65% (45 человек). 27,5% (19 человек) всех обследуемых имели следующие сопутствующие заболевания: диабет тяжёлой степени, нарушения центральной нервной системы вследствие черепно-мозговых заболеваний и травм.

Вариативно-статистический разброс данных обследования внимания позволил разделить всех испытуемых по количеству допущенных ошибок и времени, затраченному на выполнение задания, на три группы: 1-я группа — с наименьшим количеством ошибок и наименьшей затратой времени, 2-я группа — со средним количеством ошибок и средней затратой времени, 3-я группа — с наибольшим количеством ошибок и наибольшей затратой времени.

В табл. 1 приведены групповые особенности внимания инвалидов по зрению 19—35 лет.

Как видно из табл. 1, среди реабилитантов молодого возраста преобладают имеющие самые высокие показатели успешности выполнения задания, характерные для 1-й группы в обеих сериях эк-

Таблица 1

ГРУППОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНИМАНИЯ  
ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ 19—35 ЛЕТ

Серия	Группа	Количество допущенных ошибок	Количество человек, %	Время, затраченное на выполнение задания, с	Количество человек, %
I	1	0—1	63,1	24—79	68,4
	2	2—3	5,2	80—135	15,8
	3	4—5	31,5	136—191	15,8
II	1	0—1	73,8	25—59	78,0
	2	2—3	21,0	60—94	15,8
	3	4—5	5,2	95—129	5,2

сперимента. Во II серии задания наблюдаются сдвиги в сторону улучшения результатов: сокращается время на выполнение задания и уменьшается количество ошибок. В связи с этим во II серии эксперимента по сравнению с I серией значительно уменьшается количество реабилитантов 3-й группы.

В табл. 2 приведены групповые особенности внимания инвалидов по зрению 36—60 лет.

Таблица 2

ГРУППОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНИМАНИЯ  
ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ 36—60 ЛЕТ

Серия	Группа	Количество допущенных ошибок	Количество человек, %	Время, затраченное на выполнение задания, с	Количество человек, %
I	1	0—2	43,3	17—89	56,7
	2	3—5	33,3	90—162	20,0
	3	6—7	23,4	163—235	23,3
II	1	0—2	76,6	26—98	86,6
	2	3—5	13,4	99—171	3,4
	3	6—8	10,0	172—244	10,0

Данные табл. 2, свидетельствующие о большом разбросе индивидуальных показателей, подтверждают общее положение о значительных индивидуальных различиях психофизиологии стареющих людей, зависящих от биосоциальных факторов. Кроме того, данные этой таблицы свидетельствуют об ухудшении результатов работы, особенно на уровне 3-й группы, когда число ошибок достигает 6—8 (в предыдущей возрастной группе количество ошибок в 3-й группе — 4—5), а время, затраченное на работу, — 172—244 с (в предыдущей возрастной группе — 95—129 с).

Данные табл. 3 подтверждают закономерности, свойственные особенностям внимания предыдущей возрастной группы (табл. 2).

Таблица 3

ГРУППОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНИМАНИЯ  
ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ 61—81 ГОДА

Серия	Группа	Количество допущенных ошибок	Количество человек, %	Время, затраченное на выполнение задания, с	Количество человек, %
I	1	0—2	50,0	41—82	70,0
	2	3—5	45,0	83—124	10,0
	3	6—7	5,0	125—166	20,0
II	1	0—2	70,0	24—74	80,0
	2	3—5	10,0	75—125	—
	3	6—7	20,0	126—176	20,0

Соотношение количества ошибок и времени выполнения задания отражает как индивидуальные особенности внимания, так и уровни работоспособности, активности психической деятельности человека.

Учитывая фактор вработываемости, мы брали данные I и II серий эксперимента, помня о том, что у большинства реабилитантов значительно улучшились показатели и правильности, и скорости выполнения задания. Среди всех обследуемых были выделены две большие группы. Группу А составили те, у кого показатели скорости и правильности выполнения задания по данным табл. 1, 2, 3 были на уровне 1-й и 2-й групп. Варианты сочетаний показателей правильности и времени выполнения заданий следующие: 1—1, 1—2, 2—1. Группу Б составили те, у кого оба показателя были на уровне 2-й группы или один из показателей правильности и скорости выполнения задания был на уровне 3-й группы. Здесь варианты сочетаний были следующими: 2—2, 1—3, 3—1, 2—3, 3—2, 3—3. Таким образом, мы получили две большие группы, одна с удовлетворительными показателями работоспособности (группа А) и вторая — с менее удовлетворительными показателями работоспособности (группа Б).

По данным исследования в I серии эксперимента группу А составили 68% от общего числа обследуемых, группу Б — 32%. Во II серии эксперимента группу А составили 84% от общего числа обследуемых, группу Б — 16%. Обращает на себя внимание тот факт, что и в I и во II серии эксперимента группу Б, группу с наиболее низкими показателями правильности и скорости выполнения задания, составляли реабилитанты с черепно-мозговыми травмами и заболеваниями, приведшими к нарушению функций центральной

нервной системы. Из 22 человек по I серии эксперимента в группе Б нарушения центральной нервной системы имели 12 человек (54,5%).

Низкий уровень работоспособности, активности психической деятельности, определяемой данными нашего обследования, находится в прямой связи с низким уровнем успешности прохождения учебно-восстановительного курса в РЦ. Средний балл успеваемости реабилитантов группы Б составил 2,5. Они с большей трудностью овладевают элементарными навыками пространственного ориентирования, самообслуживания, чтения и письма по Брайлю, машинописи. Но практически необучаемой явилась та группа, которая не дала повышения работоспособности и при переходе от I серии эксперимента ко II.

Фактор вработываемости не прослеживается в динамике их деятельности. Эти реабилитанты с указанными выше особенностями внимания имели необратимые патологические изменения высшей нервной деятельности, вызванные черепно-мозговыми травмами и заболеваниями.

Итак, данное обследование явилось одним из показателей уровня обучаемости в РЦ, что дало возможность определить индивидуальную программу обучения для отдельных реабилитантов: решить вопрос об увеличении срока обучения в РЦ, о сокращении учебного часа и учебного дня в связи с быстрой утомляемостью лиц с нарушениями центральной нервной системы, о необходимости частого повторения и закрепления, а также постоянном наращении сложности формируемых умений и навыков в процессе элементарной реабилитации.

Память, как и внимание, неразрывно связана с деятельностью человека. Память — это сложный психический процесс, включающий в себя такие компоненты, как запоминание, узнавание и воспроизведение. Память связывает прошлое человека с его настоящим, является хранителем индивидуального опыта. Продуктивность и основные характеристики памяти человека зависят от особенностей деятельности, в которую они были включены и которая без их участия невозможна. В своей жизни и практической деятельности человеку приходится решать ряд задач, порой не являющихся целевыми, переживать неожиданные ситуации, всё это он произвольно запечатлевает в своей памяти. Но не только этим ограничивается память человека в процессе деятельности. Как продукт деятельности человека, память зависит от характера и активности её, от наличия целевых установок, так как человеку приходится ставить и решать конкретные задачи. В практической деятельности наряду с произвольным запоминанием включается осознанное, целенаправленное, т. е. запоминание становится необходимостью накопления знаний и информационного банка процессы памяти представляют собой особую деятельность заучивания, присущую только данному индивиду, с его жизненным опы-

том, образованием, характером деятельности, темпераментом. Запоминание, узнавание, воспроизведение — единые специфические процессы, в которые включаются мышление, речь, все стороны человеческой психики. Память хранит знания и навыки, основанные на прошлом опыте, переносит их в настоящее, человеческая деятельность обогащает их, даёт возможность совершенствования в будущем.

Вне сомнения, что эффективность процесса элементарной реабилитации во многом определяется особенностями такого познавательного процесса, как память. Память хранит знания и навыки, основанные на прошлом опыте и приобретённые ещё до утраты зрения. Индивидуальные особенности памяти во многом определяют успешность адаптации поздноослепшего к образу жизни без зрения.

Мы исследовали индивидуальные особенности механической (кратковременной и долговременной) и логической памяти. Исследование проводилось методом двух рядов слов: для механической памяти зачитывались слова (15 слов), затем реабилитант должен был их повторить. Отсроченное воспроизведение этих же слов проводилось через 2 часа со времени первого предъявления. Для исследования логической памяти использовался метод парных ассоциаций Калкина. Экспериментатор зачитывал пары слов (15 пар) реабилитанту, затем называлось первое слово каждой пары, а реабилитант должен был назвать второе слово данной пары. После каждого выполненного задания реабилитант давал отчёт о трудностях его выполнения. Свои наблюдения экспериментатор фиксировал в Бланке обследования памяти (приложение 2).

Для оценки эффективности запоминания использовалась формула:  $C = \frac{B}{A}$ , где  $C$  — объём памяти,  $B$  — количество правильно воспроизведённых слов (пар слов),  $A$  — общее количество предъявляемых слов (пар слов). Формула составлялась для каждого ряда (механического и логического) в отдельности. В эксперименте принимали участие те же 69 реабилитантов, что и в эксперименте по вниманию.

Полученные данные обследования памяти обрабатывались методом варьативно-статистического разброса, который позволил разделить всех реабилитантов по эффективности запоминания на три группы: 1-я группа — с высокими показателями механической и логической памяти, 2-я группа — со средними показателями механической и логической памяти, 3-я группа — с низкими показателями механической и логической памяти (табл. 4).

Как видно из табл. 4, наибольшие показатели объёмов механической (кратковременной, долговременной) памяти характерны для самой молодой группы, в последующих возрастных группах (36—60 лет и 61—81 год) эти показатели уменьшаются. Исследования показали, что у 19—35-летних более стойкая механическая и логическая память, а в старших группах — более стойкая только логи-

Таблица 4

ГРУППОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАМЯТИ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ  
(приведены границы объема памяти)

Группа	19—35 лет			36—60 лет			61—81 год		
	Кратковременная память	Долговременная память	Логическая память	Кратковременная память	Долговременная память	Логическая память	Кратковременная память	Долговременная память	Логическая память
1	0,79—1,0	0,74—1,0	0,88—1,0	0,68—0,9	0,58—0,8	0,84—1,0	0,58—0,7	0,63—0,8	0,85—1,0
2	0,56—0,7	0,47—0,7	0,74—0,87	0,45—0,6	0,29—0,6	0,65—0,83	0,42—0,5	0,38—0,6	0,69—0,84
3	0,33—0,5	0,2—0,46	0,6—0,73	0,2—0,44	0,0—0,28	0,46—0,64	0,26—0,4	0,13—0,3	0,53—0,68

ческая память, то же можно сказать и о лицах с сопутствующими заболеваниями, где хорошо сохранился смысловой компонент логической памяти. Кратковременная память наиболее удовлетворительна у молодой группы и снижена в последующих двух. Анализ данных эксперимента позволил выделить реабилитантов, у которых низкие показатели механической памяти сочетались с высокими показателями логической памяти. Так, в группе 19—35-летних они составили 10,5%, в группе 36—60-летних — 23,3%, в группе 61—81-летних — 30%. Это указывает на то, что компенсаторные возможности логической памяти на фоне слабой механической памяти с возрастом увеличиваются. При выполнении задания № 1 (обследование механической памяти) ряд реабилитантов использовали для запоминания слов логические связки, т. е. группировали слова по своей ассоциативной системе, хотя им не давалось никакой установки. В группе 19—35-летних использовали приём запоминания 36,8%, в группе 36—60-летних — 33,3%, в группе 61—81-летних — 15%. У остальных реабилитантов запоминание шло чисто механически. Использование смысловых компонентов для запоминания привело к более высоким результатам, позволило удержать информацию не только на уровне кратковременной памяти, но и перевести её в долговременную память. Использование приёма запоминания реабилитантами не зависело от наличия сопутствующих заболеваний, образовательного уровня, а скорее характеризовало индивидуальный стиль деятельности при выполнении задания.

29% из всех реабилитантов в ходе эксперимента показали низкую результативность механической памяти, т. е. вышли на уровень 3-й группы. Сюда вошли лица, имеющие нарушения центральной нервной системы, низкий образовательный уровень и возрастные психофизиологические изменения. У них возникали трудности при обучении чтению и письму по Брайлю, пространственному ориентированию, самообслуживанию, машинописи и отмечался низкий уровень обучаемости. Общими были жалобы на усталость, на то, что всё забывают, и просьбы освободить их от занятий, требующих больших умственных усилий, перевести на неполную программу обучения. Но молодые реабилитанты, имеющие нарушения центральной нервной системы, высказывали желание продолжить обучение по полной программе. Из-за быстро наступающего утомления их приходилось иногда освобождать от последующих занятий, сокращать время занятия и увеличивать время отдыха.

При сопоставлении результатов обследования внимания и памяти выявилась группа реабилитантов с высокими показателями внимания и памяти. По профессии, которую они имели до потери зрения, это медики, шофёры, педагог и художник (всего 6 человек). Результаты обследования подтверждают то, что такие психические процессы, как внимание и память, находятся в прямой зависимости от направленности и характера деятельности человека, здесь сказались специфика требований, предъявляемых к человеку профессией. Сложившийся до потери зрения стиль деятельности не ис-

чезает, а может быть перенесён поздноослепшим в новые для него условия жизнедеятельности. Зная особенности внимания и памяти, можно прогнозировать успешность обучения каждого реабилитанта. Так, уровень научения этих реабилитантов равнялся 4,5 балла (по 5-балльной системе).

Два реабилитанта при хорошем внимании дали низкие показатели памяти, здесь сказались возрастные изменения высших психических функций вследствие черепно-мозговой травмы, алкоголизм в анамнезе. Два человека по показателям продуктивности внимания и памяти вошли в 3-ю группу. Причиной этому были глубокие нарушения центральной нервной системы, связанные с тяжелым мозговым заболеванием, инсульт в старческом возрасте. Эти два человека были практически необучаемы, и им было предложено прохождение курса элементарной реабилитации по неполной программе. С ними занятия проводились только индивидуально, без дальнейшего включения в учебную группу.

Средние показатели объема памяти в зависимости от возраста инвалидов по зрению представлены в табл. 5.

Таблица 5

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМА ПАМЯТИ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ ВОЗРАСТА ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

Возрастная группа	Вид памяти	Средний показатель объема памяти
19—35 лет	Кратковременная механическая	0,65
	Долговременная механическая	0,6
	Логическая	0,89
36—60 лет	Кратковременная механическая	0,53
	Долговременная механическая	0,42
	Логическая	0,82
61—81 год	Кратковременная механическая	0,48
	Долговременная механическая	0,44
	Логическая	0,82

Как видно из табл. 5, возраст прежде всего воздействует на механическую память. Тенденция к снижению ее возможностей прослеживается на показателях объема кратковременной и долговре-

менной памяти: в группе 19—35-летних объём кратковременной механической памяти — 0,65, долговременной механической — 0,6. А в группе 61—81-летних объём кратковременной механической памяти — 0,48, долговременной механической — 0,44. Но вместе с тем не отмечается влияние возраста на логическую память: объём логической памяти в группе 19—35-летних — 0,89, в группе 61—81-летних — 0,82. Таким образом, возможности логической памяти имеют огромное коррекционное значение в психической деятельности любой возрастной группы поздноослепших. Это предъявляет большие требования к организации учебно-восстановительного процесса, заставляет искать методы, приёмы, способы, опирающиеся на логические связи. Более длительной будет сохранность того материала, где используются внутренние смысловые связи, где больше представлен смысловой компонент. И чем шире и активнее эти связи, тем прочнее будет сохранение вновь воспринятого материала. С возрастом степень обучаемости не снижается, хотя и проходит на фоне более замедленных интеллектуальных реакций, что особенно характерно для 61—81-летних.

Нарушение функций зрительного анализатора или невозможность его полного использования резко ограничивает приток раздражителей, что приводит к частичному «сенсорному голоду», а это, в свою очередь, порождает в человеке тяжёлые и длительные переживания. Человек перестаёт быть оптическим типом, он неуверенно чувствует себя в новом для него качестве. Резко ограничивается его двигательная активность, затруднено или полностью отсутствует возможность письменного общения со зрячими родственниками и сослуживцами, отсутствует возможность читать, повышать свой профессиональный и культурный уровень. Поэтому главная задача дефектологов, психологов и медиков РЦ — помочь человеку адаптироваться в новых условиях, дать новые знания, сформировать жизненно необходимые навыки и умения, научить правильно оперировать ими в своей деятельности, научить грамотно, экономично включать в свою деятельность сохранные анализаторы. Психолого-педагогическая проблема обучаемости взрослых определяется и зависит от особенностей мыслительных процессов людей каждой возрастной группы, находя и используя в полной мере оптимальные режимы обучения.

Знание индивидуальных особенностей внимания и памяти поздноослепших помогает дефектологам найти новые специальные и эффективные методы обучения, помогает более чётко организовать и весь учебно-восстановительный процесс, цель которого — сформировать новый стиль деятельности поздноослепшего человека, помочь в достижении высокой жизнеспособности и жизнедеятельности. Деятельность сотрудников реабилитационного центра направлена на то, чтобы помочь молодым определить свой социальный статус, а старшим людям помочь его сохранить. Человек — общественное существо и должен быть включён в общественную жизнь.

## БЛАНК ОБСЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ

Ф. И. О. \_\_\_\_\_ Дата обследования \_\_\_\_\_ Время обследования \_\_\_\_\_

Задание № 1.

-7 -8 -7 -8 и т. д.

100	93	85	78	70	63	55	48	40	33	25	18	10	Время, с
Исх.													

Задание № 2.

+5 +6 +5 +6 и т. д.

7	12	18	23	29	34	40	45	51	56	62	67	73	Время, с
Исх.													

Отчёт испытуемого:

Наблюдения экспериментатора:

Выводы:

Экспериментатор:

БЛАНК ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ

Ф. И. О. \_\_\_\_\_ Дата обследования \_\_\_\_\_ Время обследования \_\_\_\_\_

Задание № 1.  
а) воспроизвести слова: дрозд, мотор, кукла, гармонь, лица, дверь, стол, дупло, палка, ручей, сумка, глаза, книга, рука, звук.

Отчёт испытуемого:  
Наблюдения экспериментатора:  
б) отороченное воспроизведение:

Время:  
Отчёт испытуемого:  
Наблюдения экспериментатора:

Задание № 2.  
Прослушайте пары слов: зима—снег, дерево—дуб, ведро—вода, пожар—огонь, туча—дождь, вокзал—поезд, книга—рассказ, луна—ночь, птица—орёл, замок—ключ, завод—рабочий, мяч—игра, часы—время, Москва—город, тонор—дрова; я называю слово, а Вы его пару:

Предъявлено	Ответ	Предъявлено	Ответ	Предъявлено	Ответ
Замок		Зима		Пожар	
Мяч		Топор		Завод	
Дерево		Москва		Книга	
Ведро		Часы		Туча	
Вокзал		Птица			

Отчёт испытуемого:  
Наблюдения экспериментатора:  
Выводы:  
Экспериментатор:

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. М.: Наука, 1977.
2. Литвак А. Г. Очерки психологии слепых и слабовидящих. Л.: ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1972.
3. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946.
4. Смирнов А. А. Избранные психологические труды. Том 1, 2. М.: Педагогика, 1987.
5. Хрестоматия по психологии. /Под ред. А. В. Петровского. М.: Просвещение, 1987.

А. П. Садчиков

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ (ПРОСТРАНСТВЕННОМУ ОРИЕНТИРОВАНИЮ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Обучение приемам ориентирования в пространстве — один из важнейших компонентов элементарной реабилитации поздноослепших. Умение самостоятельно ориентироваться на рабочем месте, в быту, в большом городе и в сельской местности снимает чувство неуверенности, страха, помогает его общению с окружающими, реализации его потенциальных возможностей и интересов.

Положение недавноослепшего значительно отличается от положения слепого, имеющего опыт ориентирования. Привычное окружение становится чужим. Предметы теряют свою обычную форму. Знакомые расстояния изменяются, не удается точно определить даже собственное местоположение в пространстве. Из опыта работы известно, что слепой с течением времени овладевает навыками ориентирования в пространстве. Однако результаты ориентировки, достигнутые без своевременного обучения, в большинстве случаев остаются неудовлетворительными, лишь в редких случаях незрячие собственными усилиями достигают высокой подвижности.

Процесс обучения ориентированию требует знания не только общих психических особенностей людей, утративших зрение, но и психологической готовности каждого к обучению пространственному ориентированию с тем, чтобы строить коррекционную работу.

Под психологической готовностью к обучению пространственному ориентированию следует понимать систему, элементы которой в сложном взаимодействии функционируют на сенсорном, интеллектуальном и эмоциональном уровнях.

Уровень психологической готовности каждого реабилитанта обуславливает частные методические приемы в процессе обучения пространственному ориентированию.

В 1986 году прошли курс обучения пространственному ориентированию 50 человек. Давая характеристику обучающихся, следует в первую очередь остановиться на состоянии зрения. Выделяем два основных параметра состояния зрения: острота зрения и поле зрения. По этим параметрам все прошедшие обучение могут быть разделены на несколько групп:

тотально слепые — 36% (18 человек);  
со светоощущением до 0,005 — 8% (4 человека);  
0,006—0,02 — 28% (14 человек);  
0,03—0,04 — 18% (9 человек);  
0,05—0,08 — 10% (5 человек).

Таким образом, 44% из всех обучающихся составили реабилитанты, не имеющие форменного зрения.

Контингент обучающихся был представлен лицами, имеющими стаж инвалидности по зрению от года до 10 лет. Стаж инвалидности от года до трех лет — 60% (30 человек), стаж инвалидности от четырех до 10 лет — 30% (15 человек), стаж инвалидности более 10 лет — 10% (5 человек). У 58% обучающихся потеря зрения наступила внезапно, у 42% — постепенно.

Процесс обучения осложняется не только нарушением зрения, но и сопутствующими заболеваниями: нарушением деятельности центральной нервной системы (как следствие перенесенного менингита), опухолями головного мозга, рассеянным склерозом, церебральным параличом (22% реабилитантов), тяжелыми формами диабета (8% реабилитантов). Помимо этого нами учитывалось и состояние слуха. 20% реабилитантов имело нарушение слуха разной степени (от легкой до тяжелой степени тугоухости). 4% инвалидов по зрению имели дефекты конечностей (однорукие).

Все реабилитанты были распределены на возрастные группы в соответствии с психологической периодизацией, предложенной Ананьевым Б. Г.: 19—35 лет — 30% (15 человек), 36—60 лет — 38% (19 человек), 61—76 лет — 32% (16 человек).

Большая часть инвалидов по зрению (86%) живут в семьях. Из них 56% проживает в собственных семьях, 14% — в семьях детей, 16% — с родителями. 14% от общего числа составляют одинокие люди.

В процессе обучения учитывалось не только состояние анализаторов, возраст, сопутствующие заболевания и дополнительные дефекты, но и образовательный уровень и характер профессиональной деятельности до потери зрения. Лица, имеющие высшее и среднее специальное образование, составляли 60%, среднее образование — 24%, неполное среднее — 20%.

В курсе элементарной реабилитации обязательным компонентом является обучение пространственному ориентированию. Пространственное ориентирование имеет следующую структуру: цель, мотивы, способы выполнения, эмоциональное отношение к деятельности. Целью обучения пространственному ориентированию является формирование навыков и умений и развитие мобильности незрячего. Для достижения цели обучения пространственному ориентированию нужно решить следующие задачи: научить использовать различную (звуковую, обонятельную и осязательную) информацию для компенсации утраченной зрительной функции; научить использовать остаточное зрение, позволяющее воспринимать светлоты, цвета, силуэты предметов; выработать способы и приемы

оценки формы, величины предмета, расстояния между предметами, взаимное расположение и направление их движения; научить использовать тифлотехнические средства пространственного ориентирования; формировать социально значимые качества личности (активность и упорство в достижении поставленной цели и другие).

Обследование состояния сохранных анализаторов, умений и навыков пространственного ориентирования проводилось по ранее разработанным бланкам [4].

Анализ карт обследования показал, что реабилитанты по-разному относятся к обучению пространственному ориентированию. Наличие положительной мотивации к обучению является необходимым условием в процессе формирования умений и навыков пространственного ориентирования, повышения подвижности поздноослепшего. Большинство реабилитантов мотивируют свое желание обучаться тем, что хотят удовлетворить свои потребности, интересы и приобрести самостоятельность в передвижении.

Результаты обследования показали, что в процессе обучения навыкам и умениям пространственного ориентирования овладели 72% реабилитантов (36 человек). Уровень овладения навыками различен: у одних реабилитантов навык был сформирован на уровне понимания, но неумения использовать его в своей практической деятельности; у других — на уровне автоматизма; у третьих — на уровне осознания, т. е. умение использовать соответствующий навык в конкретной ситуации.

У 29 реабилитантов из 36 при обследовании была выявлена изначальная положительная мотивация к обучению. А у семи реабилитантов мотивация носила неопределенный характер. Свою неуверенность они выражали фразой: «Хочу посмотреть, что это такое». Работа с этой группой реабилитантов по формированию положительной мотивации не вызывала особых трудностей. Положительные примеры и успехи в обучении других реабилитантов помогли сформировать у этой группы адекватное отношение к занятиям по пространственному ориентированию. Среди обучающихся выявились реабилитанты, которые выразили желание заниматься в процессе обучения, но так и не смогли овладеть навыками пространственного ориентирования. Причиной этому были перенесенные ранее тяжелые черепно-мозговые травмы и черепно-мозговые заболевания. В эту группу вошли 10% (5 человек) от общего числа обучающихся. У них были отмечены низкие показатели внимания и механической памяти (по данным обследования Авакьянц И. С.). Они не могли сосредоточиться на занятии, долго удерживать внимание на необходимом ориентире, определять степень значимости ориентира, быстро переключаться с одного ориентира на другой. Для них представлялось трудным удерживать в памяти словесное описание маршрута, а также соотносить его с реальным передвижением в пространстве. Все это вызывало у них неуверенность в себе и страх. Реабилитанты требовали постоянного присутствия внимания со стороны преподавателя, отказывались от самостоя-

тельного выполнения практических заданий. Для этой группы срок обучения был увеличен, но результат обучения был низким. При завершении курса обучения родственникам этих реабилитантов рекомендовалось постоянно контролировать их передвижение, побуждать к осознанному действию и самостоятельности.

18% (9 человек) из числа обследуемых не испытывали желания заниматься пространственным ориентированием. У них преобладали иждивенческие мотивы, надежда на улучшение зрения или же они ссылались на наличие остаточного зрения. Это, в основном, было отмечено у 36—60-летних. Они были включены в процесс обучения, овладели элементарными навыками пространственного ориентирования, но отказались от прохождения сложных маршрутов, которые требовали от них волевых усилий и самостоятельных действий. У этих реабилитантов сформировать полной положительной мотивации не удалось.

В процессе обучения пространственному ориентированию были достигнуты следующие результаты: на основе положительной мотивации навыками ориентирования овладели 75% реабилитантов молодой группы, 57% реабилитантов старшей группы и 86% реабилитантов пожилого возраста. Группа 19—35-летних характеризовалась устойчивой мотивацией и высокой активностью в обучении. Тотально слепые чаще всего высказывали положительную мотивацию, оценивали себя субъективно. В процессе обучения самостоятельному передвижению положительная мотивация у некоторых реабилитантов не подтвердилась. Хочется отметить случай, когда два молодых реабилитанта, имеющих I группу инвалидности по зрению, без сопутствующих заболеваний, нерегулярно посещали занятия, были малоактивными на них, в результате не овладели навыками пространственного ориентирования. Они имели низкий образовательный уровень, стойкую иждивенческую позицию, объясняя свое поведение фразой: «Все это хорошо, но у меня есть жена».

У большинства реабилитантов пожилого возраста (61—76 лет) высокий уровень положительной мотивации определяется обязательностью, дисциплинированностью, желанием сохранить свою активность, самостоятельность в жизни. Чаще это одинокие люди или незрячие, имеющие нетрудоспособных родственников.

Таким образом, проведенный анализ показал, что процесс обучения пространственному ориентированию зависит от мотивации. Положительная мотивация прямо обуславливает результаты обучения, компенсирует недостатки, тем самым являясь одним из компонентов психологической готовности поздноослепшего к обучению. Анализ подтверждает предположение о том, что положительная мотивация может быть не только отправной точкой процесса обучения, но она формируется в самом процессе обучения. Для этого могут быть использованы методические приемы.

Одним из таких приемов является знакомство реабилитантов с жизнью и деятельностью незрячих путешественников, туристов, а также знаменитых людей, достигших больших результатов в обще-

ственной деятельности на основе успешного ориентирования в малом и большом пространстве.

Используется положительный опыт обучающихся реабилитантов, проводятся беседы, прослушивание магнитофонной записи с рассказами о личном опыте самих реабилитантов.

Важна и роль родственников. Их следует привлекать к выработке положительной мотивации и умению оказать психологическую поддержку. Они должны поддерживать усилия слепого к приобретению подвижности и должны быть убеждены, что нелегкая тренировка необходима и безопасна и что инструктор справится со своей задачей. Этой убежденности близких слепого нужно обязательно добиться, чтобы они своей положительной установкой помогали ослаблять торможение, опасения и страхи поздноослепшего родственника, и еще лучше не давать им возникать. Приходится прибегать к их содействию, когда слепой уже побежден привычкой, т. е. когда вследствие долгого и чрезмерного обслуживания его воля к реабилитации и собственной подвижности уже угасла.

Важным условием активизации работы по обучению пространственному ориентированию является сочетание приемов обучения с индивидуальными особенностями каждого, связанными с возрастом, деятельностью, степенью овладения навыками самостоятельности в передвижении, личностными качествами, состоянием здоровья. Все это ведет к необходимости дифференцировать задания по степени сложности.

Эффективность работы с реабилитантами по формированию навыков пространственного ориентирования зависит от продуманности всего процесса обучения. При обучении пространственному ориентированию мы планируем систему занятий на определенный срок на основе программы. В тематическом плане указываем тему занятия, основные дидактические задачи и средства их реализации, связь с другими видами реабилитационной работы и рекомендации родным и близким. После обследования, о котором говорилось выше, все выявленные особенности реабилитантов являются основой для отбора и использования разнообразных приемов обучения.

Следует иметь в виду перечень основных навыков пространственного ориентирования. В учебных целях мы выделяем два вида: двигательные навыки и ориентировочные навыки. В процессе ориентирования в пространстве эти навыки взаимосвязаны. К двигательным навыкам относим передвижение по прямой с тростью и без трости, ходьбу по дороге с препятствиями, подъем и спуск по лестнице, повороты и т. д. Ориентировочные навыки — это использование звуковых, осязательных, обонятельных анализаторов, мышечно-суставного чувства, использование пространственных представлений.

Формируя навыки пространственного ориентирования, применяем в процессе обучения прежде всего упражнения в действии, но необходимо сразу включать данный навык в значимую для реабилитанта деятельность. Например, ходьба с препятствиями, по пря-

мой, спуски и подъемы, повороты и т. д. включаются в конкретные маршруты: посещение столовой, магазина, почты и т. п.

Для тренировки слуховой чувствительности используем звуковой тренажер с набором шумовых ситуаций; для тренировки осязательной чувствительности — рельефные планы, макеты; для тренировки обонятельной чувствительности — наборы «запахов». Тренинг проводим в условиях кабинета ориентирования. Закрепление навыков осуществляется в условиях конкретной деятельности, например, определение транспортной магистрали по звуку.

Формирование навыков пространственного ориентирования зависит от состояния сенсорной сферы и нарушение какой-либо ее стороны требует отдельных приемов. Так, у лиц с остаточным зрением ярко выражено желание использовать зрение. С этими реабилитантами обучение пространственному ориентированию проводится, как и со слепыми, на полисенсорной основе. С целью обучения использованию остаточного зрения им даем дополнительные задания. Учим воспринимать светотени, силуэты предметов, взаиморасположение предметов, форму предмета.

У слепых с остаточным зрением, не имеющих форменного зрения, возможно цветовосприятие, которое является важным информационным признаком. На этапе обнаружения объекта цвет является сигнальным средством, привлекающим внимание реабилитанта. Даже обычное цветовое пятно стимулирует зрительную реакцию.

Цветное зрение мы выявляем у реабилитантов с помощью тестовых заданий на основе стандартных эталонов цвета. Нами составлен набор из шести эталонов цвета (квадратов разной величины —  $10 \times 10$  см,  $5 \times 5$  см,  $2,5 \times 2,5$  см,  $1,0 \times 1,0$  см). Реабилитантам указываем на возможности использования цветного зрения, например: использование реклам как ориентиров (реклама Госстраха, сберкасс — зеленого цвета, гастрономы — красного цвета, метро и Аэрофлот — голубого цвета); использование освещенности улиц лампами различного цвета (белого, желтого); определение зданий по разной окраске и места деревьев, газонов по зеленому цвету; определение по светлотам и теням разрывов в цепи зданий и объектов, проходов в зданиях; ориентирование в метро по восприятию светлого и темного пятна на указателях станций. Лицам с остаточным зрением рекомендуем изучать особенности маршрута, которым они будут пользоваться, при дневном освещении, чтобы в вечернее время легче было передвигаться. Советуем, чтобы не нарушался стереотип передвижения в пространстве, продолжать деятельность независимо от времени года.

Степень нарушения слуха мы определяем с помощью методики Неймана. Она заключается в следующем: с расстояния 6 м, 2,5 м и 1 м произносятся шепотом или вслух слова (ворон, двор, море, Муром, час, щи, чашка, чижик, шерсть, заяц). Правильных ответов должно быть не менее 50%. При формировании пространственного ориентирования у этих реабилитантов отмечается повышенная мышечная напряженность, подверженность большому страху. Для

снятия подобных состояний учим пользоваться остаточным слухом. Для упражнения в использовании остаточного слуха применяем звуковой тренажер. С помощью его учим тугоухих правильному восприятию звука, локализации его в пространстве, определению направления звука. Отмечено, что лица с нарушением слуха на одно ухо воспринимают звук с противоположной стороны. Реабилитантам необходимо сообщить об этой особенности и на практическом примере показать, что для определения направления звука следует совершать повороты, движения головой вправо, влево. При включении переднего и заднего динамиков звукового тренажера источник звука реабилитантами воспринимается как один. Это же прослеживается при одновременном включении боковых динамиков. Распознавание источника звука осуществляется путем перемещения реабилитантов в пространстве вперед, назад, вправо, влево. Лица с нарушением слуха требуют большего числа упражнений с использованием обонятельного, двигательного, осязательного анализаторов. В процессе занятий преподаватель должен более четко и внятно давать указания, использовать технические средства обучения. Для самих реабилитантов рекомендуется усиливать звук с помощью наушника при пользовании эхолокатором (ЛИ-01). Лица с тяжелыми нарушениями слуха снабжаются звуковым опознавателем, позволяющим привлечь внимание к себе, предупредить.

В данной статье мы остановились на отдельных компонентах психологической готовности. В ней были освещены более полно вопросы характеристики контингента обучающихся и вопросы формирования положительной мотивации. В работе с реабилитантами изучались причины отрицательной мотивации и возможные способы ее преодоления. Были выделены особенности инвалидов по зрению и показаны некоторые приемы, с помощью которых возможно формировать навыки пространственного ориентирования. На основе проведенной работы мы видим, что эффективность обучения будет зависеть от дальнейшей разработки способов и приемов обучения с учетом индивидуальных особенностей реабилитантов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьев Б. Г. Психология чувственного познания. М.: АПН РСФСР, 1960.
2. Кондратов А. М. Восстановление трудоспособности слепых. М.: ВОС, 1976.
3. Наумов М. Н. Обучение слепых пространственной ориентировке. М.: ВОС, 1982.
4. Садчиков А. П. Обучение пространственному ориентированию позднослепых. — В сб. «Социальная реабилитация». М.: ВОС, 1985.
5. Феоктистова В. А. Совершенствование обучения слепых младших школьников ориентировке в пространстве. // Дефектология. — 1987. — № 4.
6. Шемякин Ф. Н. Некоторые актуальные проблемы исследования пространственных восприятий и представлений. — В кн. «Восприятие пространства и времени». Л.: 1969.

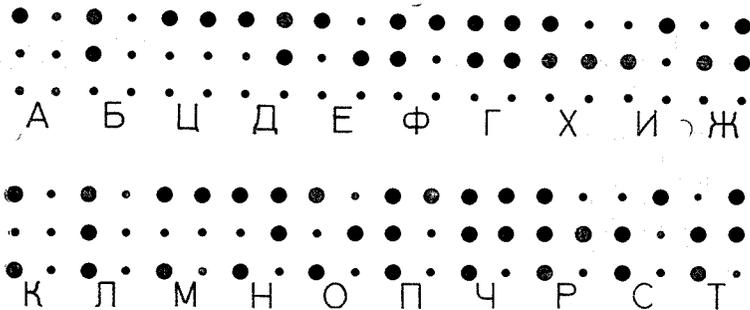
В. В. Голубина

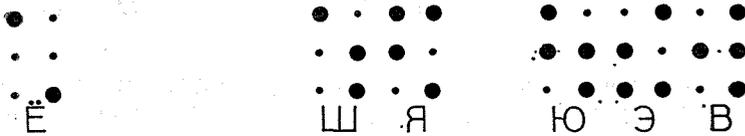
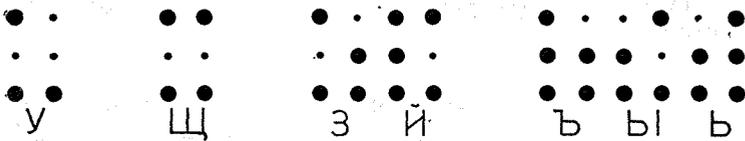
## ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОБУЧЕНИИ ЧТЕНИЮ И ПИСЬМУ ПО БРАЙЛЮ ПОЗДНООСЛЕПШИХ

Проблема обучения поздноослепших чтению и письму по системе Брайля не теряет своей актуальности и по сей день.

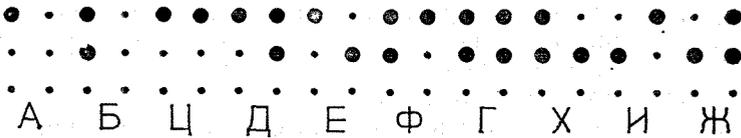
Чаще всего утрата зрения происходит в пожилом возрасте (50—60 лет). В этом возрасте переключение на качественно новый способ письма и чтения затрудняется в связи со старением анализаторов, в том числе осязательного, возрастными изменениями внимания и памяти, а также в связи с увеличением числа дополнительных заболеваний. Это создает неблагоприятные предпосылки для обучения чтению и письму по системе Брайля. Благоприятные предпосылки обуславливаются сравнительным повышением культурного и образовательного уровня поздноослепших. По данным 1986—87 учебного года, 66% незрячих, прошедших обучение в реабилитационном центре (РЦ) ЛП ВОС, имели высшее и среднее образование. Это говорит о том, что поздноослепшие нуждаются только в овладении символикой рельефно-точечного шрифта. Поэтому при обучении чтению и письму по системе Брайля целесообразно использовать методику, в основе которой лежит «ключ Брайля», при этом необходимо придерживаться порядка букв и строк, установленного в нём.

### «Ключ Брайля»

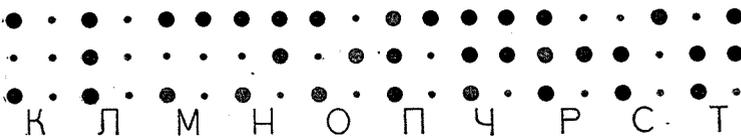




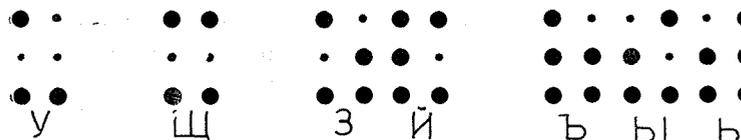
Буквы I строки образуются только из верхних и средних точек шеститочия.



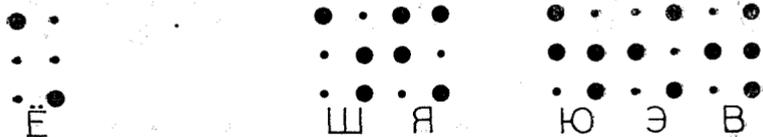
Знаки II строки образуются путем добавления точки 3 к буквам I строки.



Буквы III строки — путем добавления точки 6 к буквам II строки.



Буквы IV строки образуются путем вычитания точки 3, из букв третьей строки.



Эта последовательность образования букв одной строки из букв предыдущей строки, т. е. уже изученной, значительно облегчает запоминание точечного состава букв, а в дальнейшем и запоминание арабских цифр, для обозначения которых используются буквы I строки.

Изучение букв по «ключу Брайля» дает возможность реабилитантам, зная принцип образования строк, самостоятельно представить пространственное расположение точек в новых буквах. «Букварь для слепых» под ред. Ф. И. Шоева и В. Ф. Воскресенского, которым приходится пользоваться при обучении взрослых незрячих, имеет низкую информативную нагрузку, не соответствует ни интересам читателей, ни времени, а это в значительной степени снижает интерес к изучению рельефно-точечного шрифта, то есть затрудняет формирование положительной мотивации к обучению. С самого начала обучения преподавателю надо помнить о том, что успешность овладения системой Брайля зависит от заинтересованности реабилитанта в обучении. Даже при одинаковом исходном уровне различительных порогов осязательной чувствительности и возрасте реабилитантов результаты обучения зависят от мотивации. Пример положительной мотивации: реабилитантка К., 64 года, бывший библиотекарь: «Не представляю, как можно жить не читая». Пример отрицательной мотивации: реабилитантка Б. 65 лет: «И раньше (до слепоты) мало читала, а теперь и совсем не хочу». В первом случае сформирован навык беглого чтения, а во втором — навык на уровне узнавания букв. Только незначительная часть реабилитантов имеет необходимую для успешного обучения положительную установку. Пути формирования положительной мотивации могут быть различны, но в каждом случае надо подойти к решению этой задачи индивидуально, учитывая возраст, образование, особенности психики, и найти те аргументы, которые помогут убедить незрячего в необходимости и возможности овладеть чтением и письмом по Брайлю. Надо объяснить, что подобно письму зрячих, система Брайля выполняет информативную и коммуникативную функции. Некоторым умение читать и писать поможет продолжить образование и самообразование, в других случаях владение системой Брайля необходимо для сохранения профессиональной пригодности. Всем оно необходимо для изучения других дисциплин курса элементарной реабилитации. Например, реабили-

тант О., 20 лет (военноослепший): «У меня не получается, мне трудно, не буду учиться читать». Узнав о том, что О. собирается поступать через год в Кисловодское медицинское училище, я зачитала ему условия приема «...Абитуриенты должны в совершенстве владеть системой Брайля». Это и стало тем аргументом, который помог создать положительную мотивацию. К концу обучения у О. был сформирован навык беглого осознанного чтения.

На начальных этапах обучения в задачи преподавателя входит также преодоление реабилитантом неуверенности в своих силах. Этому способствует оказание постоянной моральной поддержки: личные беседы преподавателя с учащимися и беседы вновь поступивших с теми людьми, которые уже научились читать и писать по системе Брайля. Последний фактор надо учитывать при комплектовании групп: очень хорошо, если часть группы начинает заниматься с опережением на 20—25 часов. В этом случае другая подгруппа убеждается в возможности достижения положительных результатов. Но, стараясь преодолеть неуверенность поздноослепших в начале обучения, не следует говорить о легкости обучения чтению и письму, наоборот, нужно предупредить о некоторых трудностях, которые можно преодолеть с помощью определенных приемов: Повышает эмоциональный настрой в обучении и знакомство с письменными принадлежностями. При этом не только с прибором и грифелем, но и с брайлевской машинкой.

Работа по формированию навыков письма проводится одновременно с формированием навыков чтения. И, несмотря на то, что письмо усваивается легче, чем чтение, практика показывает, что сначала необходимо познакомить незрячего с письменными принадлежностями и техникой письма, так как после этих занятий становится понятней принцип зеркальности письма и чтения по Брайлю. На первом же занятии подбирается обучающемуся грифель. Если мы имеем дело с однорукими, удобнее использовать грифель с кольцом, а для избежания скольжения прибора приучить подкладывать под прибор резиновый коврик (можно от брайлевской машинки). В начале обучения вызывает затруднение ориентирование в приборе: нахождение нужной строки, клетки и точек в клетке. Необходимо научить незрячего находить строку, пользуясь рельефными обозначениями, нанесенными на прибор с правой стороны (а, б, в, г, д, е, ф, г, и). Обучение по «ключу Брайля» позволяет пользоваться этими метками после изучения уже первых девяти букв первой строки. Нужную клетку на строчке помогут отметить фиксаторы, но надо учесть нахождению свободной клетки и грифелем.

Начиная с первого занятия, учим определять ошибки грифелем, не вынимая бумаги из прибора для проверки написанного. Для того, чтобы реабилитант научился находить средние точки шеститочия, целесообразно еще до начала изучения букв проводить тренировочные упражнения. Для накалывания даются комбинации точек, обязательно включающие средние. Эти упражнения позво-

ляют в дальнейшем исключить до минимума технические ошибки: смещение точек, переколы, недоколы и т. д.

Объясняя принцип зеркальности письма и чтения, надо практически показать и доказать реабилитантам, что при письме и чтении не точки «меняются» местами, а изменяется направление движения руки. Для этого можно использовать брайлевское шеститочие (оно представляет увеличенную клеточку прибора), при работе с которым легко и быстро проверить написанное. Например: дается задание записать в брайлевском шеститочии точки 1, 2, 3; движение при письме осуществляется справа налево, и точки 1, 2, 3 записываются справа, затем шеститочие переворачивается и проверяется написанное. Чтение осуществляется слева направо, и точки 1, 2, 3 при чтении окажутся с левой стороны.

В целях закрепления нумерации точек при чтении и письме дается задание на выявление отсутствующей точки в шеститочии, затем упражнения, суть которых заключается в прочтении различных комбинаций шеститочия и запись этих комбинаций в приборе. Только после усвоения принципа зеркальности письма и чтения переходим к изучению букв и знаков препинания.

В зависимости от индивидуальных особенностей реабилитантов (возраста, состояния порогов осязания, особенностей внимания и памяти, утомляемости) изучение новой буквы или знака может проходить в разной последовательности, материал для закрепления может отличаться содержанием, объемом, степенью самостоятельности выполнения, а также приемами работы.

Для более сильной группы буква или знак дается на индивидуальной карточке для прочтения, затем уточняется точечный состав, после чего дается карточка со словами для списывания. Возможна дифференциация заданий внутри этой группы — часть реабилитантов читает слова через интервал, часть — без интервала. Более слабой группе сначала необходимо сообщить точечный состав буквы, записать эту букву в брайлевском шеститочии, определить, как зеркальность отразилась на чтении. Следующий этап — письмо под диктовку, а затем чтение написанных слов. При однородном составе группы объяснение нового материала может проходить фронтально, а для закрепления давать разные задания. При этом может быть использован одинаковый текстовый материал. Например: вопросительный знак. Для закрепления все получают карточки с одинаковыми вопросами:

1. Как вас зовут?
2. Где вы живете?
3. Сколько вам лет? и т. д.

Сильная группа списывает вопросы и отвечает на них письменно. Средняя группа читает вопросы и отвечает на них письменно. Слабая только читает вопросы. Сочетание фронтальной и индивидуальной работы повышает эффективность занятия и способствует лучшему усвоению материала.

С самого начала обучения чтению надо учить целостному восприятию буквы, связывая расположение точек с определенной геометрической фигурой, то есть опираясь на сохранные зрительные представления. В некоторых случаях можно помочь реабилитантам связать расположение точек с имеющимися зрительными образами. Например, буква «н» при чтении похожа на «вопросительный знак»

 , буква «о» на математический знак «больше»

 , буква «ч» на «флажок»  , буква «л»  — на „линию“,

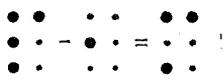
«б» — на вертикальную короткую палочку  , «ц» — на горизонтальную палочку

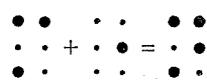
 , «п» похожа на плоскпечатную «г»

 , буква «э» — на знак «меньше»  .

Формирование представлений о пространственном расположении точек в буквах могут помочь игровые моменты на занятиях. Например: задается любая изученная буква, а затем убирается или добавляется точка: если к букве «л» добавить четвертую точку, какая буква получится? (п)



убрать точку 2, какая получится буква? (м) 

«м» + 5 точка = «н»  и т. д.

Эти упражнения можно использовать для повторения пройденных букв, таким же способом можно подвести к изучению новой буквы. Особое внимание надо уделять изучению зеркальных букв. Для закрепления зеркальных пар можно подобрать такие слова, в состав которых входят обе зеркальные буквы, что дает возможность сравнить их. Например:

- з — ы — музы, зубы
- х — ж — хижина, жених
- т — ю — люстра, тюль
- д — ф — дельфин
- с — ш — шоссе, шест
- н — я — няня, яблоня, Яна
- в — р — овраг, ров, вор и т. д.

Эти слова лучше дать на отдельной карточке для списывания, так как при этом виде работ повторяется и написание и прочтение. Для лучшего усвоения зеркальных букв можно использовать игровые моменты. Например: для дифференциации букв е — и мож-

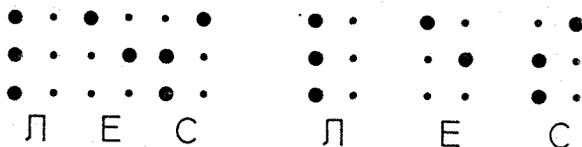
но предложить такой способ —  с горки ехать (пишется

«е»), в горку идти (пишется «и»)  . Этот прием позволяет

избежать ошибок при письме и чтении.

В начале обучения необходимо подбирать короткие слова и только затем переходить к чтению словосочетаний и предложений, поскольку пока не сформировался навык чтения, незрячему очень сложно распределить внимание на распознавание буквы и на соединение букв в слово, а слов — в предложение. Пока не выработалось умение выделять букву в слове (этому мешают точки соседних знаков), можно рекомендовать в карточках для чтения буквы записывать через интервал. Когда незрячий научится читать отдельные буквы, надо переходить к чтению слов без интервала. Причем, сначала подбираются слова, в которых вновь изученная буква соседствует с буквами, легкими для восприятия. Например: при изучении буквы «с» — сажа, маска, сад, леска, лес; буквы «п» — палка, лампа. При подборе слов надо, чтобы новая буква, когда это возможно, встречалась в начале, в середине и в конце слова.

На карточках для самоконтроля рядом со словом, написанным без интервала, записывается это же слово в разрядку. Это дает возможность реабилитанту, в случае затруднения при чтении какой-либо буквы в слове, помочь себе.



Одной из часто встречающихся ошибок при чтении является потеря строки. Надо научить незрячего при переходе с одной строки на другую двигаться по межстрочному интервалу, а не по строке. Можно рекомендовать другой прием: на край листа прикрепляется обычная канцелярская скрепка, которая при переходе на следующую строку передвигается вниз.

Изучение раздела «Математические знаки» для большинства реабилитантов не представляет трудности. Арабские цифры образуются добавлением к цифровому знаку букв первой строки «ключа Брайля», а незрячие уже знакомы с последовательностью этих букв. Для закрепления навыков письма и чтения цифр можно использовать дидактические игры. Например: реабилитанты получают карточки со словами, которые надо прочитать, а записать, как цифры:

бег; дед; багаж  
257 454 21710

Другой вариант: преподаватель называет число, а реабилитанты записывают слово: 254 (беда); 745 (где); 358 (цех).

Использование тифлотехнических средств позволяет повысить эффективность занятий. При изучении букв целесообразно использовать брайлевский прибор прямого чтения, с помощью которого можно прочитать букву сразу после ее написания, что создает условия для лучшего понимания принципа зеркальности. При этом формируются представления о различии пространственного положения точек при письме и чтении, а это, в свою очередь, ускоряет процесс формирования целостного образа буквы.

Эти же задачи помогает решить брайлевское шеститочие, на котором дается увеличенная буква, поэтому шеститочие целесообразнее использовать при обучении незрячих с повышенными порогами осязания.

Брайлевский кубик можно использовать для дидактических игр. Вращая три плоскости кубика, можно собрать все буквы и знаки. Использование этого тифлоприбора способствует формированию представлений о пространственном расположении точек в буквах.

Наряду с брайлевским прибором важнейшим средством тифлотехники является 6-клавишная машинка. Обучение печатанию на брайлевской машинке проходит одновременно с обучением чте-

нию и письму: изученные буквы и знаки на следующем занятии печатаются на машинке. При работе на ней чтение и печатание осуществляется в одном направлении. А это дает возможность быстро прочесть и исправить написанное, помогает создать более прочные представления о расположении точек в буквах при чтении. Для закрепления навыков чтения, письма и печатания надо подбирать тексты в зависимости от индивидуальных особенностей реабилитантов (возраста, образования, интересов). Это могут быть отрывки из художественной, научно-популярной литературы, заметки из свежих газет и журналов, тексты с психокоррекционной направленностью.

**Пример психокоррекционного текста.** В сфере интеллектуального труда занято около 6 тысяч инвалидов по зрению. Это преподаватели школ, техникумов, музыкальных школ и училищ, высших учебных заведений, юристы, музыканты, математики-программисты, руководители общественных организаций и предприятий.

Среди незрячих имеется 50 докторов наук и 171 кандидат наук, 3 члена-корреспондента Академии наук, 27 заслуженных учителей РСФСР, 5 заслуженных юристов, популярные композиторы, поэты и писатели.

### Лина По

Лина По родилась 18 января 1899 года. В 1918 году окончила хореографическую школу. Начиная с 1919 года выступает в концертах. С 1924 по 1933 работала в Москве постановщиком танцев. Вследствие заболевания энцефалитом в 1935 году потеряла зрение. С этого времени Лина По систематически занимается скульптурой. В 1938 году Лина По стала членом Московского Союза художников. В 1946 году в Москве состоялась ее первая персональная выставка. Творческое наследие Лины По составляет около 100 произведений. Лучшие из них представлены в музеях Москвы, Киева и других городов.

Основная задача этого раздела — вызвать интерес к самостоятельному чтению и тем самым ликвидировать информационный дефицит, который возникает с потерей зрения. В тех случаях, когда повышенные пороги осязания, возрастные изменения памяти и другие причины не позволяют сформировать навык беглого чтения, задача преподавателя заключается в научении незрячего использовать в практической деятельности и в быту даже чтение на уровне узнавания буквы — это система меток, запись телефона и т. д.

Программу обучения завершает раздел «Письмо по Гебольду». Письмо по Гебольду является средством коммуникации со зрячими, но в методике имеет элементы, присущие письму по Брайлю: девятиточие вместо шеститочия, возможность использовать брайлевский прибор. В данном случае задачей обучения является формирование навыка письма плоскопечатных букв и цифр без зрительного контроля. Поздноослепшие обычно имеют прочные представ-

ления о плоскочечатном шрифте, поэтому преподавателю надо лишь научить писать эти буквы безотрывно.

Частой ошибкой при письме является потеря строки. Рельефные обозначения, которые должны помогать при ориентировании в приборе, так же, как и на брайлевском приборе, находятся справа, а это неудобно, так как письмо по Гебольду осуществляется слева направо, следовательно, и рельефные метки должны быть с левой стороны. Для избежания потери строки можно рекомендовать пользоваться фиксаторами для брайлевского прибора.

В конце обучения проводилась оценка навыков реабилитантов (40 человек в возрасте от 20 до 84 лет). В эту группу вошли инвалиды I и II группы, у которых глазные заболевания сочетаются с соматическими, заболеваниями центральной нервной системы, черепно-мозговыми травмами. Ранее никто из них Брайлем не занимался. 37% этих реабилитантов имеют высшее образование, 59% — среднее, 4% — неполное среднее. Высоких результатов добились 13 человек (возраст от 20 до 64 лет). Скорость чтения в этой группе колеблется от 20 знаков до 62 знаков в минуту, но вся группа отличается высокой осознанностью чтения. Лучшую скорость чтения показали 3 человека в возрасте 25—26 лет, 10 человек этой группы уже в начале прохождения курса реабилитации имели положительную установку к обучению. Средних результатов добились 12 человек (в возрасте от 30 до 84 лет). Скорость чтения от 10 до 19 знаков в минуту. Низкая осознанность чтения у этих реабилитантов связана с трудностью распределения внимания на распознавание букв и знаков и на смысл прочитанного. Низкие результаты показали 15 человек (в возрасте от 33 до 78 лет). Несмотря на осуществление индивидуально-дифференцированного подхода, увеличение количества часов на прохождение той или иной темы, в этой группе удалось сформировать навык чтения только на уровне узнавания букв. В анамнезе пяти человек этой группы имеются черепно-мозговые травмы, 8 реабилитантов имеют повышенные пороги осязания, обусловленные дополнительными заболеваниями и характером работы до потери зрения.

Для реабилитантов, показавших высокие результаты, рекомендованы самостоятельные занятия, для тех, кто достиг средних и низких результатов — консультативные посещения РЦ в целях совершенствования навыка чтения.

Г. В. Петунина

## ОБУЧЕНИЕ ДОМОВОДСТВУ И САМООБСЛУЖИВАНИЮ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Одна из первых ступенек реабилитационной работы с поздноослепшими — обучение инвалидов по зрению навыкам самообслуживания, а далее — домоводства. Сохранение самостоятельности в быту — естественное желание каждого утратившего зрение. Это обуславливается его и психологическими, и экономическими соображениями (приобретается уверенность в себе, чувство большей материальной и моральной независимости, самоуважение и т. д.). Но если они отсутствуют, то мы обращаемся к необходимости формирования положительной мотивации. Эту работу мы начинаем на самых первых этапах обучения и закрепляем на последующих. Путем индивидуальных бесед с реабилитантом, организации встреч с людьми, уже прошедшими курс реабилитации и живущими самостоятельной, полноценной жизнью, надо убедить потерявшего зрение в необходимости занятий. Теоретически следует объяснить, что механизмы компенсации не возникают автоматически, сами по себе, а развиваются постепенно; выполняя хозяйственно-бытовые работы, мы совершенствуем руку и, таким образом, — осязание и другие сохранные органы чувств. Правильно организованное ведение домашнего хозяйства способствует сохранению здоровья, работоспособности, продлению жизни. Практически можно вместе с реабилитантом выполнить какое-нибудь несложное задание, продемонстрировать работы других обучающихся.

В реабилитационный центр Ленинградского правления ВОС поступают инвалиды I и II групп по зрению в возрасте от 20 до 80 лет, часто с сопутствующими заболеваниями и дефектами. Для оптимизации процесса обучения столь различных реабилитантов необходима организация индивидуально-дифференцированного подхода. При этом учитываются общие факторы: пол, возраст, образование, семейное положение, наличие предыдущего опыта работ по самообслуживанию и домоводству — и частные: характеристика зрения и других сохранных анализаторов, стаж слепоты, темп утраты зрения, причины его потери, характеристика памяти, внимания, сопутствующие дефекты и заболевания, мотивация.

Знание этих особенностей учитывается при определении формы обучения (индивидуальная или групповая), формировании групп, выборе методов и приемов обучения. Как правило, формируются 3—4 группы, нецелесообразно формировать группы, превышающие 5 человек. Удобно формировать группы по возрастному признаку и примерным интересам, например: женщины пенсионного возраста, имеющие большой опыт ведения работ по самообслуживанию и домоводству; темп потери зрения, как правило, постепенный. Но у них чаще встречаются сопутствующие заболевания, пониженная осязательная чувствительность, плохое внимание и память. Для усвоения навыков и закрепления полученных сведений реабилитантам такой подгруппы требуется большее количество повторений. Группа молодых людей, потерявших зрение внезапно, не имеет, как правило, большого опыта выполнения хозяйственно-бытовых работ, но у них хороший темп усвоения, большая заинтересованность в получении различных дополнительных сведений. С лицами, имеющими серьезные сопутствующие дефекты или значительные пробелы (педагогическая запущенность) в знаниях и навыках, необходимо заниматься индивидуально (с возможным последующим выходом в группу). Здесь, как правило, требуется более тщательное объяснение, показ самых элементарных вещей (например, объяснение, что такое игла, какие бывают пуговицы, электроприборы и т. п.).

В начале обучения со всеми реабилитантами проводятся индивидуальные беседы, в ходе которых выясняется уровень имеющихся знаний и умений по теме, желание заниматься. Вместе с тем на этих же занятиях проводится тестирование следующих показателей готовности к обучению:

1. Для определения уровня сформированности умений и навыков обследования предлагается какой-либо предмет средних размеров, отмечается, как он был обследован (моно- или бимануально, наличие—отсутствие алгоритма обследования, полнота восприятия, умение использовать опосредованное восприятие (инструментальное) и т. д.

2. Для определения кинестезической чувствительности, температурной, развития координации — тесты по дозировке жидкости: переливание из бутылки в стакан (умение налить полный стакан, половину его; то же с горячей жидкостью из чайника); переливание из ковша, другого стакана; оценка количества жидкости в различных емкостях.

3. Для определения вкусовой и тактильной чувствительности: определение бакалейных изделий — круп (например: греча, рис, перловая, манная, пшено, геркулес), макаронных изделий (вермишель, макароны, лапша, ракушки), муки, крахмала, сахара, соли, соды;

определение материала, из которого сделано изделие: стекло, пластмасса, дерево, металл, керамика;

определение волокна: шерсть, хлопок, лен, шелк, синтетика.

4. Для определения умения делить на части (равные и неравные), оценивать величину и форму (инструментально, например, с помощью ножа и вилки).

5. Для определения жестовой организации «рука—память», например, умение накрыть и убрать со стола.

На каждого реабилитанта оформляется регистрационный бланк тестового контроля:

### РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Дата тестирования \_\_\_\_\_

	До	После	Примечания
	обучения		
1. Желание заниматься			Да, нет, не знаю
2. Культура обследования			
3. Дозировка жидкостей, переливание			
4. Определение фактурных признаков			
5. Определение частей, деление на части			
6. Жестовая организация			

### Оценка навыков:

0 баллов — отказ от выполнения заданий, полное неумение;

1 балл — выполнение одного-двух заданий, множественные ошибки;

2 балла — правильное выполнение 50% заданий;

3 балла — самостоятельное, правильное выполнение заданий.

Особенности реабилитантов, изученные в результате работы с документацией, личного собеседования и тестирования учитываются при организации дифференцированного подхода.

Дифференцированный подход реализуется в изменении количества часов, отведенных на ту или иную тему, в исключении некоторых тем или введения, в изменении последовательности изучения тем и материала внутри них.

Как правило, для изучения многих тем («Приготовление пищи», «Уборка», «Ремонт одежды») тотально слепым, особенно, если зрение потеряно сравнительно недавно, требуется значительно больше времени. Это связано с неумением ориентироваться в большом и малом пространстве, осязательно воспринимать окружающий мир.

Увеличивается количество часов на прохождение таких тем, как «Часы для незрячих», «Различение монет и купюр», «Рукоделие» лицам, у которых снижена тактильная чувствительность.

Особую сложность представляет обучение реабилитантов с повреждениями верхних конечностей (или их отсутствием), так как это требует корректировки приемов и способов с учетом дефекта и дополнительных приспособлений.

Не секрет, что женщины, особенно поздноослепшие, имеют богатый опыт по домоводству и нуждаются лишь в восстановлении этих навыков, формировании их в новых сенсорных условиях. Мужчины же в большинстве случаев нуждаются во многих первоначальных элементарных сведениях по ведению домашнего хозяйства.

Часто приходится увеличивать количество учебных часов для лиц пожилого возраста и реабилитантов с мозговыми нарушениями. У них, как правило, падает работоспособность и ухудшается память.

Таким образом, первоначальная работа по ознакомлению с поступающими в реабилитационный центр позволяет определить содержание обучения и дифференцированный подход для его осуществления.

Обучение домоводству и самообслуживанию проводится на базе учебных кабинетов (кухня и гостиная) и помещений общежития.

Используемые методы обучения: словесные, наглядные, практические.

Основная часть учебного времени отводится на практические занятия, так как главная цель обучения — сформировать умения и навыки по домоводству и самообслуживанию. Необходимые теоретические сведения даются в форме лекций и бесед.

Наглядность подбирается с учетом сохранных анализаторов: тактильная, температурная, вкусовая, обонятельная, слуховая. Для лиц с остаточным зрением необходима и зрительная наглядность (контрастная, достаточного размера, т. е. с учетом задачи сохранения зрения). Все средства наглядности следует давать в руки, так как одно зрительное восприятие не даст полноценного представления о предмете. При демонстрации практического умения и незрячие, и лица с остатком зрения должны проследить весь процесс руками, т. е. с тактильным контролем.

Основными задачами курса «Домоводство и самообслуживание» в РЦ являются:

1. Ознакомление с рациональными приемами ведения домашнего хозяйства и обучение им.
2. Формирование умений и навыков выполнения хозяйственно-бытовых работ без зрительного контроля.
3. Ознакомление с бытовыми тифлоприборами и обучение пользованию ими.
4. Обучение правилам эксплуатации электробытовых приборов (ЭБП) и устранению мелких неисправностей в них, расширение

знаний об ассортименте бытовых электроприборов. Формирование навыков работы с электромонтажными инструментами, молотком и дрелью.

5. Оказание консультативной помощи родственникам инвалидов по зрению по вопросам обучения поздноослепшего самообслуживанию и домоводству.

В программу курса «Домоводство и самообслуживание» входят девять основных разделов (58 час.) (табл. 1—10): I — общий (8,5 час.); II — личная гигиена (2 час.); III — уход за квартирой (3 час.); IV — современный интерьер (2 час.); V — одежда и уход за ней (7,5 час.); VI — уход за обувью (2 час.); VII — рукоделие и ремонт одежды (8 час.); VIII — приготовление пищи (15 час.); IX — ремонт и эксплуатация электробытовых приборов (10 час.) и факультатив (12 час.).

Т а б л и ц а 1

Раздел	Т е м ы	Количество часов
Общий	1. Задачи курса и его содержание	1,5
	2. Обучение ориентированию в учебном классе и общежитии. Организация быта в общежитии РЦ	1
	3. Пользование часами	2
	4. Обсуждение и выработка личного оптимального режима дня: труд, питание, отдых	1
	5. Обращение с деньгами	2
	6. Планирование семейного бюджета. Сберегательное дело в помощь инвалидам по зрению	1

Следует отметить, что в первую тему этого раздела входит изучение уровня готовности реабилитантов к обучению.

При изучении темы «Пользование часами» знакомим всех инвалидов по зрению с брайлевскими часами, а лиц с остаточным зрением — дополнительно и с часами для слабовидящих. Обучение следует начать с брайлевского будильника «Слава», уделив особое внимание установке стрелки (диска) боя. Затем перейти к карманным часам «Молния» и, наконец, к мужским наручным часам «Ракета». Лицам с пониженным осязанием требуется большее количество часов для прохождения темы (имеют место и случаи исключения из программы изучения наручных и карманных часов). Реабилитантам с хорошим осязанием дополнительно можно предложить женские наручные часы и часы-кулон. Интересующимся — специальные часы для шахматистов. Всем реабилитантам даются сведения об использовании обычных крупноциферблатных часов, на которых можно самостоятельно сделать систему меток. Желание обучаются пользованию часами-таймером. Слабовидящим:

следует предложить две разновидности карманных часов «Ракета»: с черным циферблатом и белым.

Тема «Обращение с деньгами» очень актуальна. Обучаем различению монет по размеру, весу, наличию надписей на ребре, по количеству «написанного» на монете — «много» или «мало» (однозначное или двузначное число). Отрабатываются способы различения: подушечками пальцев или ногтем. Даются сведения о способах хранения монет: серебро отдельно от медных (например, расположить их в разных карманах или двух отделениях кошелька), об использовании монетницы. Знакомим с монетницей с тифлоприспособлением — калиброванной щелью для различения так называемых «трудных» монет — 2 и 10 копеек, 3 и 20 копеек.

При различении купюр учим распределять их по группам в соответствии с размерами (1 рубль, 3 и 5 рублей, 10 и 25 рублей). При этом реабилитантам указывается на следующее: разница между купюрами в одной группе очень мала, ее можно почувствовать, лишь правильно совместив купюры, при наличии достаточно хорошо развитого осязания, при условии, что купюры целые, с нерваными краями. Лиц с остаточным зрением без цветоаномалий дополнительно ориентируем на различение купюр по цвету, а в 10-и 25-рублевых купюрах — на расположение портрета В. И. Ленина. Хранить купюры удобно в кошельках с несколькими отделениями. Удобно хранить вместе 1 рубль и 3, 5 и 10 рублей, так как они заметно отличаются друг от друга. Можно применять прием различного складывания купюр: вдоль, поперек, в два или четыре раза, загибание угла купюры наискосок.

Тема «Планирование семейного бюджета...» является как бы продолжением предыдущей. Многие семьи слабо подготовлены к рациональному использованию денежных средств, находящихся в ее ведении, поэтому важно научить реабилитантов планировать свой бюджет. Прежде всего в течение 1—2-х месяцев следует точно фиксировать все свои доходы и расходы, а потом, проанализировав их, составить план предстоящих расходов на месяц. Можно определить прожиточный минимум или на один день, или на неделю, а часть средств оставить на приобретение дорогостоящих товаров. Второй способ: весь доход делится на части, одна из которых идет на расходы в течение месяца, а другая кладется на сберегательную книжку — это так называемый вариант «сберегательных конвертов» — доход семьи в этом случае делится на части: 1 — регулярные расходы: питание, квартплата, бытовые услуги, оплата детских учреждений и т. п.; 2 — нерегулярные расходы: приобретение одежды, обуви, лекарств, расходы на культурно-бытовые нужды; 3 — расходы, необходимые для празднования юбилеев, приема гостей и т. п.; 4 — накопления.

Возможны, конечно, и другие варианты планирования бюджета, если реабилитанты заинтересуются этой темой, следует рекомендовать им соответствующую литературу.

Многие встающие перед реабилитантами финансово-экономические вопросы поможет решить сберегательное дело, организованное в нашей стране. Сберегательные кассы оказывают более 60 различных видов услуг, пользование ими намного сокращает время, затрачиваемое обычно на получение заработной платы и оплату коммунальных платежей. Вот некоторые из услуг, которые предоставляют сберегательные кассы: выдача расчетных чеков, чековых книжек, перечисление необходимых платежей, накопление средств за счет отчислений из заработной платы и другие, с которыми можно ознакомиться при посещении сберкассы.

Т а б л и ц а 2

Раздел	Т е м ы	Количество часов
Личная гигиена	1. Навыки личной гигиены	0,5
	2. Электроприборы, предназначенные для ухода за собой	1
	3. Ваша аптечка	0,5

Первая тема этого раздела изучается, как правило, в тех случаях, когда реабилитант педагогически «запущен» или слишком велик стаж слепоты, наступившей внезапно. Учим одеванию, умыванию, чистке зубов, причесыванию, стрижке ногтей, бритью — т. е. самым элементарным навыкам самообслуживания. Даются сведения о применении системы меток (специальные тактильные метки с надписями по Брайлю или подручные средства — применение резинок, лейкопластыря и т. п.).

В теме «Электроприборы, предназначенные для ухода за собой», изучаются наиболее распространенные электроприборы (электробритвы, фены, массажные устройства) и правила их эксплуатации.

При прохождении темы «Ваша аптечка» следует обязательно обучить реабилитантов применению системы меток, рациональному размещению и хранению необходимых лекарственных средств. В качестве меток может быть использован комплект тактильных меток, имеющийся в магазине «Рассвет», на котором делаются необходимые надписи по Брайлю (возможно их выполнение и последующее наклеивание и на обычной брайлевской бумаге или плотной полиэтиленовой пленке), или подручные средства: кусочки лейкопластыря, аптекарские резинки, плотная бархатная бумага, картон и т. п. Лекарственные средства следует помечать сразу же после их приобретения и располагать по определенным группам, выделив для этого отдельные полочки домашней аптечки или коробки с соответствующими надписями. Например: «Перевязочные материалы», «Сердечно-сосудистые средства», «Желудочные», «Глазные капли» и т. д. Таблетки, выпускаемые в целлофановой упаковке, которая часто рвется, удобнее заранее разрезать и пере-

ложить в подписанную коробочку или пузырек. Ядовитые и сильнодействующие средства следует хранить с особой тщательностью! Периодически следует проводить «ревизию» своей аптечки, наводя там порядок, следя за сроком годности лекарств.

Т а б л и ц а 3

Раздел	Т е м ы	Количество часов
Уход за квартирой	1. Ежедневная уборка	1
	2. Генеральная уборка	1
	3. ЭБП для уборки помещений	1

В теме «Ежедневная уборка» следует дать сведения о рациональном применении и размещении инвентаря и средств для уборки. Обучаем приемам вытирания пыли (по плану, т. е. мысленно разбив поверхность на участки, по полоскам, слегка заходящим одна на другую, обычно в направлении «на себя»), использования салфетки «Уют» для ухода за полированной мебелью; приемам уборки пола: также по плану, участками, которые можно выделить какими-нибудь ориентирами, хорошо отжимая тряпку, чаще полоща ее. Лицам с нарушениями мозгового кровообращения, глаукомой рекомендуется использовать только швабру или тряпкодержатель, чтобы избежать наклона головы вниз. На веник удобно шить съемный чехол из хлопчатобумажной ткани. Мусор сметается в одном направлении, в конце уборки его удобно собрать влажной тканью. Лицам с остаточным зрением можно порекомендовать яркое окрашивание швабры и совка. Типы занятий: а) беседа о применении моющих средств, уборке разных типов полов; б) практические занятия по уборке.

Тема «Генеральная уборка» включает мытье дверей, окон, уход за мебелью, ковровыми изделиями, стеклянными поверхностями. Типы занятий: а) беседа о средствах по уходу за мебелью, ковровыми изделиями и т. п.; б) практически — мытье стекол, полировка мебели.

При изучении темы «ЭБП для уборки помещений» учащиеся знакомятся с устройством пылесоса и полотера, обучаются правилам их эксплуатации (пылесосят мягкую мебель, ковровые изделия).

Т а б л и ц а 4

Раздел	Т е м ы	Количество часов
Современный интерьер	1. Современный интерьер, основные принципы его организации	1
	2. Электроприборы для улучшения микроклимата современного жилища	2

Материал темы «Современный интерьер...» этого раздела дает сведения о рациональном размещении мебели, правильном освещении для лиц с остаточным зрением, применении цветового оформления жилища. Практически учим реабилитантов составлять план—схему интерьера жилых комнат и кухни (с предварительным обследованием мебели и ее измерением с помощью брайлевского складного метра или рулетки).

При изучении темы «Электроприборы для улучшения микроклимата современного жилища» даем сведения о применяемых электроувлажнителях и ионизаторах воздуха, воздухоочистителях, вентиляторах, правилах их эксплуатации.

Таблица 5

Раздел	Т е м ы	Количество часов
Одежда и уход за ней	1. Культура одежды	1
	2. Распознавание и хранение одежды	0,5
	3. Уход за одеждой. Машины для обработки белья	1,5
	4. Чистка одежды, выведение пятен	1
	5. Стирка	1,5
	6. Глажение и отпаривание	2

В теме «Культура одежды» даются рекомендации о подборе одежды, снятии необходимых мерок для определения размера. Факкультативно могут быть даны сведения о современной моде. Желающих следует научить завязывать галстук.

В теме «Распознавание и хранение одежды» знакомим реабилитантов со способами различения верхней одежды, платья, трикотажа, приемами узнавания одежды по фасону, наличию дополнительных деталей, материалу, из которого сшито изделие; узнавания правой-левой стороны, переда-зада изделия по наличию швов, изменению характера полотна, оформлению горловины. При хранении одежды следует учитывать ее признаки: сезонность, частоту употребления, сочетаемость в ансамбле и т. п. Рекомендуется применение системы меток на одежде для различения и последующего правильного ухода за ней. В качестве меток могут быть использованы ленточки, небольшие пуговицы, кусочки материи и т. п. Дополнительно в этой теме можно дать сведения о различении нитей и тканей.

При изучении темы «Уход за одеждой. Машины для обработки белья» знакомим с имеющимся ассортиментом электрических машин (стиральные, сушильные, гладильные, для отпаривания и чистки), их устройством, обучаем правилам их эксплуатации.

Тема «Чистка одежды, выведение пятен» включает в себя изучение приемов сухой чистки одежды щеткой. Чистим одежду по

плану, сверху—вниз, особое внимание уделяя местам наибольшего возможного загрязнения: ворот, обшлага, карманы, низ изделия (возможна влажная чистка наиболее загрязненных мест — губкой или тампоном, смоченным в растворе моющих средств). При выведении пятен, что очень сложно для незрячего человека, особое внимание следует уделить их распознаванию; удобнее сразу же отметить для себя свежее пятно, применяя подручные средства, и вычистить его как можно скорее.

Тема «Стирка». Следует ознакомить реабилитантов с порядком операций: сортировка белья, замачивание, стирка, полоскание, выжимание, развешивание — и приемами их выполнения. Дополнительно можно дать сведения о кипячении, подсинивании и подкрахмаливании белья. Рекомендуем стирать, высоко ставя таз, чтобы избежать длительного наклона головы, неправильной осанки. Всем обучающимся даются сведения о применении синтетических моющих средств, системе меток на них, желающие дополнительно могут ознакомиться с каталогом имеющихся в продаже средств.

При изучении темы «Глажение и отпаривание» знакомим реабилитантов с применением электроутюга, возможной системой меток на нем. Учим гладить двумя руками (левая рука идет впереди, распрямляя ткань), рационально располагать утюг (справа, вертикально, на краю стола, ручка чуть выступает за край стола — так, чтобы рука, скользя по краю, сразу находила ее), пользоваться пароувлажителем (воду заливаем с помощью воронки). 1-й час — пользование утюгом. Глажение прямого белья. 2-й час — глажение сложных изделий. Отпаривание (отпаривать проще, смочив само изделие, а сверху положить сухую ткань). Дополнительно можно дать сведения о выведении подпалин, чистке утюга.

Таблица 6

Раздел	Темы	Количество часов
Уход за обувью	1. Знакомство с принадлежностями, уход за обувью	1
	2. ЭБП для ухода за обувью. Мелкий ремонт обуви	1

При прохождении первой темы этого раздела следует познакомить реабилитантов с правилами подбора обуви, средствами для ухода за ней, применением системы меток на них. Знакомим с мытьем, чисткой и хранением обуви. Обучаем приему намазывания обуви кремом с помощью тряпочки, намотанной на указательный палец; во время чистки осуществляется тактильный контроль: на левую руку надевается ботинок, а правая, двигаясь снаружи, ориентируется на модельные особенности обуви.

При изучении темы «ЭБП для ухода за обувью. Мелкий ремонт» знакомим обучающихся с имеющимися в продаже приборами для сушки обуви, правилами их эксплуатации. Даем теоретические сведения о сушке промокшей обуви с помощью подручных средств, мелком ремонте обуви, выведении пятен на ней. Всех реабилитантов обязательно знакомим с зацепами для обуви — средством против ее скольжения, даем полезные советы к ношению обуви зимой.

Таблица 7

Раздел	Темы	Количество часов
Рукоделие и ремонт одежды	1. Знакомство с принадлежностями для шитья и ремонта одежды. Вдевание нити в иглу. Пришивание фурнитуры	3
	2. Выполнение ручных швов	2
	3. Пришивание меток, тесьмы, ремонт брюк	1
	4. Наложение заплат	1
	5. Штопка	1

При изучении первой темы этого раздела даем обучающимся сведения о самом необходимом инвентаре, рациональном его размещении (удобны имеющиеся в продаже шкатулки для рукоделия с большим количеством отделений, штырьками для катушек с нитками). Следует порекомендовать реабилитантам применять систему меток (например, для различения номеров и цвета нитей). Обязательным является знакомство с брайлевским сантиметром (портновская мера) и линейкой.

Вдеванию нити в иглу обучаем с помощью двух типов нитковдевателей (ручной и полуавтоматический), знакомим с иглами, у которых имеется разъем сверху. Лицам с пониженным осязанием (плохо ощущают нить) можно предложить способ наматывания конца нити на другую иглу или крючок.

Пришиванию фурнитуры учим обязательно с опорой на осязание, даже лиц с хорошим остаточным зрением. Начинаем обучение с пришивания пуговиц на ножке, потом — с двумя отверстиями, далее — с четырьмя. Учим считать количество отверстий, их расположение, используя при этом инструментальное обследование (например, с помощью иглы). Самое сложное — пришивание кнопок, вшивание молний.

В теме «Выполнение ручных швов» знакомим с наиболее простыми и необходимыми швами: «вперед иголку», «назад иголку», «через край» (обметочный). Демонстрацию швов для лиц, не имевших опыта подобных работ, следует проводить с помощью трафаретов, с обязательным подключением осязания (контроль за ру-

кой педагога). Для лиц с пониженным осязанием образцы выполняются утолщенными нитками.

Темы «Пришивание меток, тесьмы, ремонт брюк», «Наложение заплат» закрепляют знания и навыки, полученные реабилитантами при изучении предыдущих тем раздела. Вышеперечисленные операции по ремонту одежды выполняются общепринятыми приемами, но с тактильным контролем, особое внимание следует обратить на первые этапы работ (тщательную подгибку, разглаживание швов и приметывание).

Тема «Штопка» знакомит реабилитантов с приемами выполнения других работ по ремонту одежды. Штопку удобнее производить на грибке со струбциной (возможно и закрепление в тисках обычного грибка для штопки). При выполнении штопки используют обе руки, одна из них осуществляет функцию контроля. Обязательно тщательное закрепление материала на грибке (тесьмой или резинкой). Обучаем следующим приемам штопки: «переплетение», «узелковый» (менее распространен).

Таблица 8

Раздел	Т е м ы	Количество часов
Приготовление пищи	1. Знакомство с учебным помещением (кухня). Кухонное оборудование и его оптимальное размещение. Уборка кухонного инвентаря	1
	2. Правила техники безопасности при эксплуатации кухонного оборудования и инвентаря	0,5
	3. Выбор и приобретение продуктов.	1
	4. Хранение и первичная обработка продуктов. ЭБП для хранения и первичной обработки продуктов	1,5
	5. Способы дозирования	1
	6. Приготовление напитков	0,5
	7. Приготовление холодных закусок и бутербродов	1
	8. Общие принципы и способы приготовления пищи. ЭБП для тепловой обработки продуктов и подогрева воды	1
	9. Варка	3
	10. Жарение	1
	11. Тушение	1
	12. Рациональное питание	0,5
	13. Знакомство с приемами диетического питания, картотекой по диетическому питанию	1
	14. Сервировка стола	

Опыт работы показывает, что начинать обучение приготoвлению пищи инвалидов по зрению надо с практического ориентирования на кухне, где и будет проходить основная масса занятий этого раздела. Обязательно знакомим всех реабилитантов с имеющимся на кухне оборудованием, его размещением и маркировкой. В этой же теме говорим об уходе за посудой и другим инвентарем (практически это закрепляется во всех последующих темах раздела).

Во время изучения темы «Правила техники безопасности (ТБ) при эксплуатации кухонного оборудования и инвентаря» происходит обучение пользованию газовой плитой. Знакомим реабилитантов с имеющимся ассортиментом зажигалок (электрические, с пьезоэлементом), даем рекомендации по применению системы меток на панели газовой плиты. В то же время говорим о правильной и безопасной установке кастрюль и сковород на плите, о хранении ножей.

Тема «Выбор и приобретение продуктов» подразумевает составление примерного меню на несколько дней и посещение магазинов для покупки провизии в соответствии с подобранным меню.

Тема «Хранение и первичная обработка продуктов. ЭБП для хранения и первичной обработки продуктов» знакомит с правилами хранения пищевых продуктов в холодильнике и без него.

К первичной обработке продуктов относится их сортировка, мытье, чистка. Во время первичной обработки проводим определение доброкачественности пищевых продуктов с помощью обоняния и тактильной чувствительности. Для мытья овощей и фруктов удобно использовать небольшие щетки (они обеспечивают хорошее качество работ и сберегают руки, т. е. осязание). Знакомим реабилитантов с чисткой овощей (обычно используем картофель, морковь). Чистить подобные овощи можно двумя способами: разрезая тщательно вымытый овощ на крупные кружки с последующей очисткой каждого по периметру или (2-й способ) у вымытого клубня картофеля на ощупь определяются и удаляются глазки, а далее клубень чистится по полоскам. Во время чистки овощи рекомендуются как можно чаще мыть — на вымытой поверхности лучше работает осязание, которое и определяет еще необработанные места.

Из электробытовых приборов реабилитанты знакомятся с холодильником, правилами эксплуатации и уходу за ним (размораживание и мытье). Если есть возможность (и желание реабилитанта) — электромясорубкой, электрошинковкой-соковыжималкой, электрокофемолкой.

Тема «Способы дозирования» включает в себя теоретическую и практическую часть. Практические занятия: дозировка жидкостей и сыпучих продуктов с помощью тифлоприборов — дозаторов и подручных средств, обучение использованию бытовых весов с тифлодоработкой. Теоретические: ознакомление с таблицей (по Брайлю) перевода мер весов различных продуктов.

При изучении темы «Приготовление напитков» останавливаемся на приготовлении наиболее популярных горячих напитков: чая, кофе. Даем теоретические сведения о правилах их заваривания, практически готовим один из этих напитков. В то же время происходит совершенствование навыков дозировки в наиболее сложных случаях, когда жидкость горячая. Обучаем способам определения закипания воды (используется чайник со свистком, сторож для молока, прием неплотно закрытой крышки и определение закипания на слух).

В теме «Приготовление холодных закусок и бутербродов» показываем реабилитантам приемы нарезки хлебулочных изделий, учим пользоваться ножом-дозатором. Следующий этап — нарезка сыра или колбасы. Из холодных закусок делаем салат или винегрет, т. е. учим нарезке овощей, опираясь на сформированные навыки нарезки хлебулочных изделий. Для некоторых видов салатов и винегретов, где требуется мелкая нарезка, удобно натереть овощи на крупной терке. Для нарезки вареных овощей можно воспользоваться и яйцерезкой (прямоугольной формы).

При изучении темы «Общие принципы и способы приготовления пищи. ЭБП для тепловой обработки продуктов и подогрева воды» даются теоретические сведения об основных приемах термической обработки продуктов. Обучаем пользованию электроплитой, правилам ее эксплуатации. Знакомим реабилитантов с другими электроприборами: электрочайником, самоваром, электрокипятильником.

Тема «Варка». Во время ее изучения даем теоретические сведения о приготовлении первых, вторых и третьих блюд. Знакомим реабилитантов с приемами определения готовности пищи. Даем примерную таблицу варки, где указано количество продуктов, жидкости, время варки. Закрепляем навыки обработки и нарезки овощей и фруктов, учим разделке мяса.

Тема «Жарение». При изучении этого материала обращаем внимание на безопасность жарения (правильную установку сковороды, приемы переворачивания), определение готовности изделия. По выбору готовим жареное мясо или рыбу, картофель, оладьи.

Тема «Тушение» служит для закрепления предыдущей. Рациональнее всего в этом случае потушить мясо с овощами.

Тема «Рациональное питание» — теоретическая: реабилитантам даются сведения о калорийности, витаминной ценности некоторых продуктов питания, организации полноценного питания.

В изучении темы «Знакомство с приемами диетического питания...» нуждаются не все реабилитанты. Желаящие получают теоретические сведения по диететике, т. е. питанию в соответствии с сопутствующим заболеванием, им предлагаются для ознакомления примерные меню.

Тема «Сервировка стола». При ее изучении даются сведения о повседневной и праздничной сервировке, застольном этикете. Прак-

гически следует обучать реабилитантов подавать и забирать блю-до на голос, тренировать их жестовую организацию и память.

Т а б л и ц а 9

Раздел	Т е м ы	Количество часов
Ремонт и эксплуатация электробытовых приборов (ЭБП)	1. Техника безопасности при эксплуатации и ремонте ЭБП (основные положения)	0,5
	2. Организация рабочего места	0,5
	3. Оказание первой помощи при поражении электротоком	0,5
	4. Знакомство с картотекой по ЭБП	0,5
	5. Признаки неисправности ЭБП, их определение	0,5
	6. Техника безопасности при устранении неисправностей ЭБП	0,5
	7. Электромонтажные инструменты, техника безопасности и порядок работы с ними	1
	8. Ремонт электроарматуры	2
	9. Ремонт ЭБП	1
	10. Формирование навыков работы с инструментами (молоток, дрель)	2
	11. Знакомство с картотекой мастерских города и области по ремонту ЭБП	1

Этот раздел подробно освещен в статье И. С. Авакьянц «Изучение бытовой техники и овладение навыками ее эксплуатации» (сб. «Социальная реабилитация. Опыт работы ЛП ВОС». М., ВОС, 1985).

Краткие рекомендации по темам данного раздела:

В теме «Техника безопасности при эксплуатации и ремонте ЭБП» сведения даются в теоретическом виде (лекция, беседа). Основные положения темы: знать правила технической эксплуатации прибора и соблюдать их; включать-выключать приборы только сухими руками, штепсельную вилку держать за корпус, а не за провод или шнур; работать исправным электромонтажным инструментом с изолированными ручками.

При изучении темы «Организация рабочего места» следует рассказать реабилитантам о размещении приборов и инструментов с учетом удобства и безопасности работы, о применении системы меток, порекомендовать использовать во время работы небольшой поднос, магнит для предотвращения потери деталей и инструментов. Уделить внимание принципу: «Каждой вещи — свое место», лицам с остаточным зрением следует рассказать о правильной организации освещения, использовании увеличительной линзы с подсветкой.

Тема «Знакомство с картотекой по ЭБП» знакомит реабилитантов с имеющимся в продаже ассортиментом ЭБП, их основными

характеристиками. Картотека выполнена по Брайлю и плоскочечатно. Лицам с остатком зрения, которые по каким-то причинам не знают рельефно-точечный шрифт, предлагается записывать самое необходимое крупно, контрастным фломастером, возможна и запись на магнитофон.

Тема «Признаки неисправности ЭБП, их определение». Обратить внимание реабилитантов на основные признаки неисправности электроприборов: шумы, вибрация, температурные изменения, запахи.

Темы «Оказание помощи при поражении электротоком», «ТБ при устранении неисправностей ЭБП» носят чисто теоретический характер, включают знание общих правил.

При изучении темы «Электромонтажные инструменты, ТБ и порядок работы с ними» знакомим реабилитантов с отвертками, плоскогубцами, кусачками, пассатижами. Все инструменты должны быть с изолированными ручками. Обычно все эти инструменты и работа с ними известна, особенно мужчинам, главное — восстановление навыков работы.

В теме «Ремонт электроарматуры» учим реабилитантов ремонту шнура соединительного, лампового патрона, штепсельной вилки, розетки, выключателя.

Тема «Ремонт ЭБП» (электроутюг, электрочайник). При ее изучении знакомим реабилитантов с наиболее возможными причинами неисправностей: отсоединился провод от зажима вилки или выключателя, перетерся провод, вышел из строя нагревательный элемент.

Следующая тема: «Формирование навыков работы с инструментами». Учим забивать гвозди различного размера, использовать при этом приспособление для забивания гвоздей, разработанное в СКБ ВОС, и подсобные средства (пинцет, фанеру). При использовании дрели рекомендуется сначала проделать отверстие кернером; чтобы не ошибиться в глубине требуемого отверстия, воспользоваться упорной муфтой, которую можно сделать из пробки или другого мягкого материала (муфта укрепляется на сверле).

Заключительная тема раздела предполагает знакомство реабилитантов с плоскочечатной или выполненной по Брайлю картотечной мастерских города и области по ремонту ЭБП и записью необходимых сведений (возможно использование магнитофона).

При изучении тем, представленных в табл. 10, объем и характер материала могут быть самыми различными. Но, как правило, нами даются первоначальные сведения и формируются основные навыки, далее реабилитантам можно рекомендовать соответствующую литературу или посещение клубов, кружков по интересам.

Краткие рекомендации по темам:

Рекомендуем начинать изучение темы «Вязание» со знакомства с орудиями труда и используемыми для вязания материалами. Учим (показ на руке и крупных контрастных схемах — для слабовидящих) набору петель, основным видам вязки. Первоначально

	Т е м ы	Количество часов
<b>ФАКУЛЬТАТИВ</b>		
I. Рукоделие	1. Вязание на спицах и крючком	5
	2. Эксплуатация швейной машины и простейшие навыки шитья на ней	3
II. Технические и настольные игры		1
III. Выпечка		2
IV. Уход за детьми		1

можно использовать тонкий шнур, особенно для лиц со сниженным осязанием. Для имеющих остаточное зрение используется яркоокрашенная и хорошо скрученная пряжа.

При изучении темы «Эксплуатация швейной машины и простейшие навыки шитья на ней» после ознакомления обучающихся с устройством швейной машины (предпочтительнее использовать ножные машины или с электроприводом, так как они позволяют работать двумя руками) учим их вдеванию нити в иглу швейной машины с помощью ручного нитковдевателя. Для шитья рекомендуем использовать предложенную Б. И. Коваленко специальную лапку для швейной машины с предохранительной пластиной и ступенчатым срезом, который позволяет легко, при помощи осязания, делать прямой шов требуемой ширины. Виды работ по теме: выполнение прямых швов, подрубка изделий, шитье прихваток или мешочков.

Тема «Технические и настольные игры» дает реабилитантам рекомендации по организации полезного и интересного досуга, знакомит их с имеющимися в продаже играми и головоломками для незрячих.

Тема «Выпечка» включает в себя теоретическую и практическую части. Первый час: реабилитантам дается подборка интересных и доступных для выполнения рецептов. Второй час: практическое занятие — выпечка одного из видов изделий (обычно из песочного теста).

Иногда возникает потребность и в изучении темы «Уход за детьми». Тогда после краткой теоретической беседы о режиме дня новорожденных приступаем к освоению практических навыков: изучается пеленание, стерилизация сосок.

Материал курса «Домоводство и самообслуживание» очень обширен и разнообразен, требует к себе творческого подхода, поиска новых решений, дополнений. В актуальности данной темы сомневаться не приходится, работа эта очень необходима, в чем лишь раз убеждаешься при встрече с незрячими людьми.

Предлагаем примерный список необходимого инвентаря для организации занятий по домоводству и самообслуживанию.

- I раздел: Часы для незрячих — будильник, карманные, наручные мужские и женские, часы-кулон. Часы для шахматистов. Наручные часы для слабовидящих. Монетницы, кошелек с несколькими отделениями.
- II раздел: набор тактильных меток, ножницы с загнутыми концами, электробритва, электрофен, электромассажер.
- III раздел: уборочный инвентарь, моющие средства, салфетка «Уют» для ухода за полированной мебелью. Электропылесос, полотер.
- IV раздел: электроувлажнитель-ионизатор воздуха, вентилятор, тепловой душ. Набор для черчения схем или конструктор. Комнатный брайлевский термометр, брайлевская рулетка для измерений.
- V раздел: щетки одежные, плечики, моющие средства, тазы, щетки для стирки, электроутюг, гладильная доска, воронка, электрощетка «Ветерок», стиральная машина. Карточка синтетических моющих средств и пятновыводителей, альбом образцов тканей и нитей.
- VI раздел: щетки обувные, кремы, бархатка или суконка, подставка для чистки обуви, зацепы (приспособления против скольжения) для обуви.
- VII раздел: шкатулка для рукоделия, нитковдеватели двух типов, брайлевская портновская мера и линейки, набор игл, иглы с разъемом сверху, магнит (удобно пользоваться магнитной скрепчицей), грибок для штопки со струбциной, нитки цветные разных номеров и штопка, ножницы, одежная фурнитура, ткань, тесьма, альбом образцов тканей и нитей.
- VIII раздел: набор кухонной мебели и обычного для кухни инвентаря. Кастрюли, сковороды — с учетом зрительного дефекта. Разделочные доски с рельефной маркировкой. Нож-дозатор, желобковый нож-овощечистка, комбинированная терка с контейнером, яйцерезка, сахарница-дозатор, перечница-дозатор, пробки-дозаторы, крышка-дозатор, электроудлинитель с реле времени и тифлодоработкой, часы-таймер, мерный цилиндр или набор подручных средств для дозирования, яблокорезка, электрозажигалка с пьезоэлементом, магнитная спичечница, сковорода с тефлоновым покрытием и к ней деревянная лопаточка, соковыжималка, весы бытовые с тифлодоработкой. Карточка по диетическому питанию, таблицы варки круп, ма-

каронных изделий, мяса, овощей. Моющие средства для мытья и чистки кухонного инвентаря, губка «Эффект».

IX раздел: электроарматура: шнур соединительный, ламповый патрон, штепсельные вилки, розетки, выключатели, электроутюг, электрочайник, приспособенные для завивания гвоздей и заворачивания шурупов, картотека мастерских по ремонту ЭБП, электромонтажные инструменты, магнитная подставка, резиновый коврик, поднос, молоток, дрель, лупы различного диаметра и увеличительной силы, очень удобна большая лупа с подставкой и подсветкой.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Зимин Б. В. К труду и жизни. М.: ВОС, 1969.
2. Коваленко Б. И., Васильев Н. П., Гребнев А. Ф., Зоричев Д. И., Филитис Н. С. Методика и техника обучения слепых. М., 1934.
3. Кондратов А. М. Восстановление трудоспособности слепых. М.: ВОС, 1976.
4. Оганян О. Сберегательное дело. // Наука и жизнь. — 1982. — № 1.
5. Организация и проведение практики по трудовому обучению в школах слепых детей. М.: Просвещение, 1968.
6. Социальная реабилитация. Опыт работы ЛП ВОС. / Под общей ред. Матвеева Л. А. М.: ВОС, 1985.
7. Труд. Быт. Образование. Культура. Сборник статей. М.: ВОС, 1978.

### СОДЕРЖАНИЕ

Ермолович З. Г. Психолого-педагогические аспекты реабилитации инвалидов по зрению . . . . .	3
Дрызго Н. П. Актуальные вопросы психокоррекции состояний утративших зрение . . . . .	15
Лукьянова Л. Л. Особенности поведения инвалидов по зрению в зависимости от их личностных характеристик . . . . .	28
Авакьянц И. С. Особенности процесса элементарной реабилитации в зависимости от характеристик памяти и внимания поздноослепших . . . . .	44
Садчиков А. П. Психологическая готовность к обучению пространственному ориентированию как предпосылка его эффективности . . . . .	57
Голубина В. В. Индивидуальный подход при обучении чтению и письму по Брайлю поздноослепших . . . . .	64
Петунина Г. В. Обучение домоводству и самообслуживанию в условиях реабилитационного центра . . . . .	73