

Выбор методик исследования психического статуса инвалидов с нарушениями зрения

(в условиях реабилитационного центра)

В.А. Момот,
кандидат психологических наук

Отражена проблема комплексной психологической диагностики особенностей психического статуса инвалидов по зрению. Раскрываются основные пути решения задач медико-социальной реабилитации слепых и слабовидящих людей. Материалы статьи основаны на реализации опыта лаборатории клинико-психологических исследований Всероссийского центра медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению.

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, психический статус, инвалиды по зрению, эмоционально-волевые расстройства.

Актуальность проблемы и ее обоснование

Потеря зрения у взрослого человека приводит к определенной перестройке психики и поведения человека. На начальных этапах этот процесс сопровождается резкими, отрицательными психологическими проявлениями, наличием внутреннего дискомфорта. В психологии любого человека, страдающего заболеваниями органа зрения, независимо от степени угрозы потери зрения всегда наступает опасение и даже страх стать слепым. Так, например, некоторые серьезные заболевания (тапеторетинальная абиотрофия сетчатки, глаукома, атрофия зрительных нервов, тотальное помутнение роговицы), практически лишая больных зрения, порождают сложную систему переживаний, ведущих к нарушению привычного жизненного стереотипа, затруднению адаптации. У некоторых больных после ознакомления с диагнозом сразу же возникают состояния угнетенности, тре-

воги, страха [1, 2, 5, 7]. Эти психологические сдвиги носят довольно затяжной характер: от нескольких недель до 2 – 3 лет [5, 8]. При отсутствии своевременной и качественной психологической и психотерапевтической помощи происходит трансформация отдельных признаков психологического неблагополучия (личностных реакций на потерю зрения) в устойчивые психические состояния, которые в дальнейшем не только приводят к существенному ухудшению психического состояния больного, но и накладывают отпечаток на всю систему его жизнедеятельности. Кроме того, утрата зрения, вызывая полный отказ от прежнего жизненного стереотипа или значительно изменяя его, приводит к реконструкции личности инвалида [2, 3, 6].

Задача психологической реабилитации незрячего человека состоит в том, чтобы способствовать максимально быстрому и качественному преодолению отрицательных поведенческих и эмоциональных по-

следствий потери зрения. Для того чтобы комплексная реабилитация осуществлялась успешно, необходимо знать специфику психических состояний, их типизацию и закономерности протекания [3, 4, 8]. Огромное значение для оказания своевременной и качественной медико-психологической помощи лицам, имеющим ограниченные возможности жизнедеятельности, имеет правильный подбор необходимых методов и способов диагностики их психического статуса, личностных особенностей и возможностей реабилитационного процесса. Это во многом определяет исход и направленность лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Специфика деятельности любого реабилитационного учреждения определяется задачами данного этапа реабилитации (диспансерный, стационарный (госпитальный), этап санаторно-курортного лечения). Исходя из этого определяется и круг тех возможностей, которыми данный этап располагает. Санаторно-курортное лечение в структуре медико-психологической реабилитации инвалидов по зрению традиционно рассматривается в качестве этапа завершающего, и в то же время он является самым непродолжительным (от 10 – 12 до 18 – 24 дней), что, в свою очередь, влияет не только на подбор психологических методик, но и на разработку и проведение комплексных реабилитационных программ.

Эмоционально-волевые расстройства весьма характерны для больных реабилитационных учреждений и нередко существенно затрудняют проведение реабилитационных мероприятий, возможности социальной адаптации реабилитируемых. Оценка этих нарушений важна как для их раннего выявления и правильного выбора методов терапии, так и для определения эффективности реабилитации инвалидов по зрению [5, 8].

Изучение качественных и количественных параметров психологических реакций на потерю зрения имеет важное значение для организации и проведения реабилитационных мероприятий, в том числе и психологических, направленных на преодоле-

ние кризиса личности, на устранение чувства неполноценности, тревожных проявлений, а также формирование у инвалидов по зрению адекватного понимания психологических последствий потери зрения, целостных установок с осознанием своей значимости и социальной полноценности [4, 6].

Основная *цель* настоящего исследования – выбор из имеющихся батарей тестов, выявляющих психический статус, необходимых и достаточных для описания исследуемых факторов психического статуса слепых и слабовидящих людей.

Цель исследования реализуется в следующих *задачах*:

1. Изучение психологических и личностных особенностей слепых и слабовидящих людей.

2. Дифференциальная диагностика особенностей психического статуса инвалидов по зрению, состояния их психического здоровья.

3. Разработка мероприятий медико-психологической реабилитации с учетом состояния психического здоровья инвалидов по зрению и их психологических и личностных особенностей на основе данных диагностики.

4. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий и методов лечения путем изучения динамики показателей психического статуса инвалидов по зрению.

Обоснование выбора психологических методик

Работа по составлению батареи тестовых методик выполнена в лаборатории клинико-психологических исследований на базе Всероссийского центра медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению санаторно-курортного типа. Выбор производился из числа методик, традиционно применяемых в прикладных психологических исследованиях, и определялся интересами и задачами реабилитационной работы на санаторно-курортном этапе.

Учитывая специфику санаторно-курортного этапа реабилитации и особенности контингента испытуемых при подборе пси-

хологических методик, исходили из следующих допущений:

– методика по возможности не должна быть громоздкой, утомляющей испытуемого (за исключением необходимости применения многомерных методик для количественной оценки личностных свойств);

– методика должна быть понятной, легко воспринимаемой на слух;

– методики должны не дублировать друг друга, а взаимно дополнять в раскрытии исследуемых факторов (качеств);

– методики должны дать ответ на гипотезы, выдвигаемые в процессе решения поставленных задач.

В проводимом исследовании изначально изучалось 25 психологических методик. При подробном анализе каждой из них по предложенным выше критериям отобрано 7 методик, удовлетворяющих перечисленным требованиям. К ним относятся:

1. *Методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности, настроения (САН)*. Методика используется в целях изучения степени выраженности той или иной характеристики своего состояния. Данная методика является настолько простой в использовании и обработке полученных данных, что активно применялась в работе не только сотрудников лаборатории клинико-психологических исследований, но и специалистов другого профиля. Минимальное количество времени, затрачиваемое на ее проведение, позволяет проводить экспресс-диагностику степени выраженности состояний инвалидов в полном объеме в любое время. Однако эти данные могут носить лишь поверхностный характер и способствовать выявлению общих тенденций, поэтому рекомендовано использовать ее в качестве вспомогательного инструментария.

Т а б л и ц а

Соотношение показателей психического статуса инвалидов с нарушениями зрения по результатам первичного и вторичного обследований

Исследуемые факторы	Результаты основного обследования							
	Первичное обследование				Вторичное обследование			
	Инвалиды		Контрольная группа		Инвалиды		Контрольная группа	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Соотношение показателей САН:								
– низкий уровень ФС	63	35,4	21	26,3	30	16,9	11	13,7
– оптимальный уровень ФС	115	64,6	59	73,7	148	83,1	69	86,3
Личностная тревожность:								
– низкий уровень	14	7,9	4	5,0	5	2,8	1	1,2
– оптимальный уровень	143	80,3	68	85,0	162	91,0	77	96,2
– высокий уровень	21	11,8	8	10,0	11	6,2	2	2,5
Реактивная тревожность:								
– низкий уровень	34	19,1	8	10,0	12	6,7	10	12,6
– оптимальный уровень	92	51,7	57	71,3	143	80,3	55	68,7
– высокий уровень	52	15	15	18,7	23	13,0	15	18,7

Исследуемые факторы	Результаты основного обследования							
	Первичное обследование				Вторичное обследование			
	Инвалиды		Контрольная группа		Инвалиды		Контрольная группа	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Типы психического реагирования на заболевание								
Гармоничный	19	10,6	21	26,3	36	20,3	19	23,7
Тревожный	19	10,6	7	8,7	11	6,2	4	5,0
Ипохондрический	7	3,9	2	2,5	7	3,9	2	2,5
Меланхолический	10	5,6	2	2,5	7	3,9	–	–
Апатичный	8	4,9	4	5,0	6	3,4	5	6,3
Неврастенический	42	23,5	12	15,0	22	12,4	6	7,5
Обсессивно-фобический	–	–	1	1,3	–	–	2	2,5
Сенситивный	–	–	–	–	4	2,2	2	2,5
Эгоцентрический	–	–	8	10,0	5	2,8	12	15,3
Эйфорический	–	–	3	3,7	7	3,9	–	–
Анозогнозический	22	12,4	10	12,5	12	6,7	18	22,5
Эргопатический	30	16,8	8	10,0	47	26,4	10	12,5
Паранойяльный	21	11,7	2	2,5	14	7,9	–	–
Индекс психологического благополучия								
– низкий уровень	139	78,1	43	53,8	57	32,0	23	28,8
– оптимальный уровень	39	21,9	37	46,2	121	68,0	57	71,2
Показатели депрессивного состояния								
– отсутствие депрессии	34	19,1	34	42,5	72	40,5	40	50,0
– легкое депрессивное состояние	89	50,0	37	46,3	74	41,5	34	42,5
– субдепрессивное состояние	36	20,3	7	8,7	26	14,6	6	7,5
– истинное депрессивное состояние	19	10,6	2	2,5	6	3,4	–	–

2. *Методика диагностики самооценки уровня тревожности Спилбергера – Ханина.* Личностная тревожность (как устойчивая характеристика личности) характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, беспокойства. Реактивная тревожность (как состояние) характеризуется психоэмоциональным напряжением, нервозностью и отражает отношение человека к событиям в данный момент времени.

Применительно к инвалидам по зрению вопросы остались практически неизменными, методика может быть использована в предлагаемом варианте. Следует отметить информативность данной методики, простоту и доступность для понимания испытуемыми различных возрастных групп и разного уровня образования инструкции к этой методике, легкость обработки результатов. Данная методика может быть использована для диагностики уровня тревожности у инвалидов по зрению.

3. *Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)*. Опросник является отечественным психодиагностическим инструментом, разработанным для изучения типа отношения больного к своему заболеванию и связанному с ним лечению. После обработки результатов диагностируются один, два или три типа реагирования из нижеперечисленных: гармоничный (Г), тревожный (Т), ипохондрический (И), меланхолический (М), апатичный (А), неврастенический (Н), obsессивно-фобический (О), сенситивный (С), эгоцентрический (Я), эйфорический (Ф), анозогнозический (З), эргопатический (Р), паранойяльный (П). Данный опросник относится к числу наиболее часто применяемых в работе психиатрических и реабилитационных учреждений и может быть использован применительно к инвалидам по зрению в целях выявления того или иного типа реагирования, что позволяет в свою очередь использовать результаты исследования при планировании психокоррекционной и психотерапевтической работы.

4. *Методика определения акцентуаций характера Леонгарда – Шмишека*. В основе методики лежит концепция акцентуированных личностей, согласно которой акцентуации – это «заострение», или степень выраженности, некоторых, присущих каждому человеку индивидуальных психологических свойств. Каждый из типов акцентуаций указывает на слабые места характера и тем самым позволяет предвидеть факторы, способные вызвать состояние декомпенсации или психогенные реакции, ведущие к дезадаптации.

5. *Опросник «Индекс психологического благополучия»*. Опросник по существу является самоопросником, предназначенным измерять аффективные или эмоциональные расстройства, возникающие в связи с заболеванием и снижающие показатели благополучия. Данную методику отмечает краткость, доступность, простота обработки данных. Кроме того, неоднократно подтверждены удовлетворительные психометрические характеристики опросника и его пригодность в качестве инст-

румента измерения субъективного восприятия психологического благополучия.

6. *Шкала депрессии НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева* представляет собой самоопросник и предназначена для скрининг-диагностики депрессивных состояний. Несмотря на отсутствие данных, способных дать характеристику психометрических свойств данной шкалы, в процессе настоящего исследования отмечается эффективность использования методики.

Кроме того, в отдельных случаях, в основном с целью проверки выдвигаемых гипотез, использовались и другие методики, однако они не являлись ведущими при достижении цели исследования и выступали в качестве вспомогательного инструментария:

- *тест-опросник Е.Ф. Бажина*, разработанный на основе шкалы локуса контроля Дж. Роттера, позволяющий сравнительно быстро и эффективно определить уровень сформированности субъективного контроля у инвалидов по зрению;

- *методика диагностики направленности личности Б. Басса* (ориентационная анкета). С помощью данной анкеты можно определить сферы направленности интересов человека и сделать выводы о преобладающих мотивах при той или иной направленности личности;

- *методика, направленная на выявление эмоциональной устойчивости, экстраинтровертированности личности Г. Айзенка* (в адаптации А.Г. Шмелева), позволившая получить сведения, касающиеся особенностей индивидуально-психологической ориентации инвалидов по зрению, а также показатели их эмоциональной устойчивости (стабильности).

- *методика СМИЛ* (стандартизированный многофакторный метод исследования личности). В процессе исследования для получения объективных данных относительно личности инвалида по зрению возникла необходимость наряду с другими выборочно использовать методику, позволяющую дать тонкую индивидуальную оценку психологического статуса испытуемого и затрагивающую не отдельные каче-

ства и свойства личности, а способную фундаментально и основательно получить результаты комплексного исследования и предоставить возможность объективной полифакторной интерпретации данных.

К сожалению, утрата зрения представляет собой один из тех дефектов, при которых затруднено (исключено) использование проективных и полупроективных методик, что, безусловно, препятствует повышению достоверности диагностической информации и проведению качественного анализа различных по сложности психических свойств и состояний как по отдельности, так и в их взаимосвязи. Их применение позволило бы более дифференцированно подойти к разработке, назначению и использованию наиболее благоприятных средств психорегулирующей коррекции.

Следует отметить, что для удобства обследования способы регистрации материала выбирались испытуемыми самостоятельно. Это зависело от ряда обстоятельств: преобладающего типа восприятия, запоминания, наличия либо отсутствия навыков работы на тифлокомпьютере, умения читать и писать по Брайлю. При выборе способа регистрации ответов на брайлеровском приборе нами использовалась методика, предложенная Л.Н. Силкиным [5]: утвердительный ответ обозначался первой точкой, а отрицательный – третьей, ошибочный ответ забивался шеститочием и в следующей клеточке ставился ответ правильный. При затруднениях (если испытуемый не мог ответить на вопрос) ставились три точки – первая, вторая, третья.

Лицам, отнесенным к первой категории (при отсутствии центрального зрения и невозможности самостоятельной работы с печатным материалом), стимульный материал предъявлялся на слух. Утверждения читались экспериментатором, регистрация проводилась испытуемыми самостоятельно на брайлеровском приборе либо в форме обратной связи при положительном или отрицательном ответе, а также при необходимости выбора отдельного варианта

ответа – в данном случае фиксация результатов проводилась экспериментатором. Исключение при проведении основного обследования составило лишь применение теста ЛОБИ, поскольку многоаспектность и насыщенность утверждений могут препятствовать их адекватному восприятию на слух и правильному выбору. В данном случае обследование проводилось индивидуально, с использованием брайлеровской системы записи результатов (стимульный материал также представлен шрифтом Брайля).

Наличие остаточного зрения (лица, отнесенные ко второй категории) позволяет проводить обследование с использованием бланковых методик. Стимульный материал в подобных случаях представлен в форме укрупненного плоскочечатного шрифта, размер которого варьируется в зависимости от тяжести заболевания и возможностей самостоятельной работы. Формы предъявления экспериментального материала – буклет (вопросы собраны в книжечку – методика Леонгарда – Шмишека, тест ЛОБИ), специальные бланки (методика Спилбергера – Ханина, методика САН, шкала депрессии НИИ им. В.М. Бехтерева) и карточная (на каждую карточку заносится одно утверждение либо перечень утверждений, соответствующих отдельным субшкалам, – шкала «Индекса общего психологического благополучия»). Выбор и фиксация результатов испытуемыми производятся самостоятельно либо с помощью экспериментатора на специальных бланках.

На инструкции, предвещающей обследование, необходимо остановиться особо. Правильное разъяснение целей и задач исследования напрямую связано с достоверностью получаемых результатов. Необходимо гарантировать испытуемым полное сохранение тайны их ответов и неразглашение сведений, касающихся вопросов обследования. Предварительная беседа, направленная на повышение мотивации к участию в обследовании, позволит исключить (снизить) количество социально желательных ответов. Для этого испытуемых

следует заинтересовать возможными получаемыми результатами тестирования, указав на способ их применения в личной практике. Начинать тестирование необходимо только после разъяснения инструкции и уточнения проблемных вопросов.

Настоящее обследование проводилось в два этапа.

Задачей первого этапа явилось установление психического статуса инвалидов по зрению при поступлении в реабилитационное учреждение. До назначения курса реабилитации было обследовано 178 человек инвалидов по зрению и 80 человек, составивших контрольную группу.

Задача второго этапа – определение динамики психического статуса инвалидов по зрению. По окончании срока пребывания в реабилитационном учреждении проводилось повторное обследование этих же испытуемых (178 человек, принимавших участие в первичном обследовании, и 80 человек, составивших контрольную группу).

Общее количество испытуемых-инвалидов по зрению составило 178 человек, а общее количество исследований – 356 соответственно.

Общее количество испытуемых, входивших в контрольную группу, составило 80 человек, а общее количество исследований – 160 соответственно.

Обследование проводилось на основе объективных показателей психического статуса инвалидов и субъективной оценки испытуемым своего состояния. Сравнительный анализ показателей психического статуса инвалидов, имевших нарушения зрения, и лиц, составивших контрольную группу, по результатам первичного и вторичного обследований представлен в таблице на с. 97 – 98.

Характеристика обследованного контингента

Материалы работы основаны на изучении особенностей психического статуса инвалидов по зрению, проходивших лечение и оздоровление в реабилитационном учреждении санаторно-курортного типа в 2003 – 2004 гг.

В качестве испытуемых выступили инвалиды по зрению в количестве 178 человек, имеющие 1-ю и 2-ю группу инвалидности, с примерно одинаковыми сроками потери зрения. Из них лиц, обследованных в 2003 г., – 85 человек (47,8%) от общего числа обследованных, средний возраст обследованных составил 45,5 года (от 26 до 58). Лиц, обследованных в 2004 г., – 93 человека (52,2%), средний возраст – 46,8 года (от 28 до 62). Контрольную группу составили лица, не имеющие нарушений зрения, в количестве 80 человек, средний возраст которых – 45,2 года (от 25 до 58).

Для удобства проведения обследования испытуемые были разделены по следующим категориям (с учетом наиболее часто встречающихся нозологических форм).

1-я категория: инвалиды, не способные в силу тяжести заболевания органа зрения воспринимать информацию, предъявляемую визуально (3 – 4-я стадии глаукомы, полная атрофия зрительных нервов, двухсторонний анофтальм, субартрофия глазного яблока, тотальная отслойка сетчатки). Острота зрения: 0 – проекция света.

2-я категория: инвалиды с остаточным зрением (vis – от 0,01 до 0,05 с коррекцией на лучше видящий глаз), позволяющим работать с печатным носителем информации необходимое количество времени. Диагнозы заболевания органа зрения – катаракта, развитая стадия глаукомы, высокая осложненная близорукость, амблиопия.

Следует отметить, что такое распределение инвалидов по различным категориям достаточно условно, поскольку недостаточно учитывать только те нормативные показатели, которые рекомендованы для определения группы инвалидности. Для повышения надежности и достоверности диагностической информации необходимо ориентироваться на индивидуальные особенности больного (состояние зрительной, слуховой функций, тактильного восприятия, возможности компенсации дефекта, время потери зрения, прохождение курса элементарной реабилитации и т.д.).

Обследование проводилось с лицами, имеющими нарушения зрения, ежегодно

проходящими курс лечения и реабилитации в санаториях Всероссийского общества слепых, срок пребывания которых в санатории составил не менее 21 дня.

Обсуждение результатов

В порядке субъективного предпочтения в процентном соотношении были выделены следующие способы регистрации результатов: предъявление стимульного материала на слух, регистрация ответов с помощью экспериментатора – 112 человек (62,9%), предъявление стимульного материала на слух, регистрация ответов самостоятельно на специальных бланках – 15 человек (8,5%), самостоятельная работа с плоскочечным укрупненным шрифтом и самостоятельная регистрация материала – 30 человек (16,9%), предъявление стимульного материала по системе Брайля, самостоятельная регистрация ответов на брайлеровском приборе – 14 человек (7,8%), работа на тифлокомпьютере – 7 человек (3,9%).

В ходе исследования получены следующие результаты.

Методика САН. Обследовано 178 человек (данные первичного обследования): у 115 отмечается оптимальное соотношение показателей функционального состояния (ФС), у 63 – снижение показателей ФС. Данные вторичного обследования: у 148 отмечено оптимальное соотношение показателей ФС, у 30 человек – снижение показателей ФС. Контрольная группа: оптимальные показатели ФС по данным первичного обследования у 59 человек, вторично – у 69 человек.

Процедура обследования занимает при самостоятельной работе от 10 до 15 минут, с помощью экспериментатора (на слух) – 15 – 20 минут.

Методика Спилбергера – Ханина. По данным обследования получены следующие результаты (первичное обследование): высокие показатели личностной тревожности (ЛТ) отмечаются у 21 испытуемого, низкий уровень тревожности – у 14, высокие показатели реактивной тревоги (РТ) диагностированы у 52, низкие – у 34. После проведе-

ния реабилитационных мероприятий: высокие показатели ЛТ отмечены у 11 человек, низкие – у 5, высокий уровень РТ – у 23 испытуемых, низкий уровень – у 12. Для большинства испытуемых характерны показатели оптимального уровня реактивной и личностной тревожности. В контрольной группе первично оптимальный уровень ЛТ диагностирован у 68 человек, вторично – у 77. Время работы с методикой самостоятельно – в среднем до 30 минут, с помощью экспериментатора – 30 – 40 минут.

Тест ЛОБИ. В ходе исследования были выявлены следующие типы реагирования на болезнь: Н – диагностирован у 42 испытуемых, Р – 30, З – 22, П – 21, Г – 19, Т – 19, М – 10, А – 8, И – 7 человека. По окончании курса реабилитации отмечается уменьшение числа лиц с неврастеническим типом реагирования – 22 человека, тревожным – 11 и анозогнозическим – 12 человек, увеличение количества инвалидов по зрению с гармоничным типом реагирования – 31 человек, эргопатическим – 47 и эйфорическим – 7 человек. В контрольной группе по данным вторичного обследования отмечается снижение показателей по Н – 6 человек, увеличение по З – 18 человек. Время самостоятельной работы с плоскочечным шрифтом – около 40 минут, по системе Брайля – до 1,5 часа.

Методика Леонгарда – Шмишека. В ходе исследования были получены следующие результаты: гипертимный тип диагностирован у 53 испытуемых, тревожный тип – у 29, демонстративный – у 22, застревающий – у 17, лабильный – у 9, возбудимый – у 5, дистимичный – у 5 человек. Показаны удобство и экономичность работы с методикой: время обследования испытуемых в среднем с участием экспериментатора – 15 – 20 минут, самостоятельно с плоскочечным шрифтом – до 30 минут, с помощью брайлевского прибора – около 40 минут.

В контрольной группе количество лиц с тенденцией развития личности по гипертимному типу составило 25 человек, демонстративному – 19, застревающему – 9, тревожному – 7, экзальтированному – 1 человек.

Опросник «Индекс психологического благополучия». По данным первичного обследования из общего числа испытуемых (178 человек) низкие показатели «Индекса психологического благополучия» (ИПБ) были характерны для подавляющего большинства – 139 человек (менее 80 баллов), лишь у 39 человек отмечались оптимальные показатели по данному фактору. По отдельным субшкалам отмечаются высокие показатели тревоги, депрессии. По окончании курса реабилитации (вторичное обследование) у 121 человек было отмечено увеличение суммарных показателей «Индекса психологического благополучия» (от 80 до 105 баллов). Процедура обследования занимает около 15 минут самостоятельной работы и до 25 минут с помощью экспериментатора. Особенно эффективной зарекомендовала себя карточная форма предъявления стимульного материала, где на каждой карточке перечислены вопросы, характеризующие определенные состояния (субшкалы). Для контрольной группы характерны следующие показатели: первично низкий ИПБ отмечен у 43 человек, вторично – у 23 человек.

Шкала депрессии НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева. По данным первичного обследования отсутствие депрессивного состояния характерно для 34 испытуемых, легкое депрессивное состояние отмечается у 89 человек, субдепрессивное состояние – у 36 человек, истинное депрессивное состояние – у 19 человек. При вторичном обследовании состояние без депрессии отмечается у 72 человек, наличие легкого депрессивного состояния – у 74 человек, субдепрессивное состояние характерно для 26 человек, истинное депрессивное состояние имело место в 6 случаях. В контрольной группе при вторичном обследовании истинного депрессивного состояния выявлено не было.

Использование данной шкалы занимает около 20 минут самостоятельной работы и до 30 минут с помощью экспериментатора.

Таким образом, из перечисленных методик исследования получены необходимые материалы, позволяющие определить об-

щий психический статус инвалидов по зрению, однако всесторонняя оценка состояния отдельных свойств личности не определялась. Для этого была составлена резервная батарея тестов, которая эквивалентна вышеперечисленным методикам и способна по мере необходимости заменить каждую из них.

Выбор методик основывался на задачах, которые различались по исследуемым характеристикам. Соответственно этому различны и наборы методик, применяющихся для их решения. Набор методик полностью определялся пониманием терминов «психическое здоровье» и «психологическое благополучие», их использование позволяло наряду с другими методами исследования получить необходимые сведения для разработки, апробации и внедрения комплексных реабилитационных программ для инвалидов, имеющих нарушения зрения. Кроме того, разрабатываемая система может быть практически использована в центрах медико-социальной, элементарной реабилитации слепых и слабовидящих людей, а также в процессе работы учебно-производственных предприятий (УПП) Всероссийского общества слепых (ВОС).

Выбор зависел от степени выраженности дефекта (зрения, слуха, осязания) и особенностей психологических методик. При отборе методик учитывался и способ их предъявления, основанный на слуховом или зрительном виде восприятия.

Полученные результаты позволили сделать следующие *выводы*.

1. Наиболее достоверные результаты были получены в ходе использования следующих методик. Тест ЛОБИ позволил выявить преобладающие типы отношения к заболеванию среди испытуемых: неврастенический – 42 человека на первом этапе и 22 человека на втором, эргопатический – 30 и 47 человек соответственно. Методика Спилбергера – Ханина – показатели оптимального уровня личностной тревожности характерны для 143 инвалидов, обследованных первично (162 человека). Опросник «Индекс психологического благо-

получия»: низкий уровень характерен для 139 человек, после окончания курса реабилитации – для 57 человек.

2. В процессе обследования компьютерный вариант оказался наименее предпочтительным для всех категорий инвалидов вне зависимости от степени нарушения зрения (до 80% инвалидов не владеют навыками работы на тифлокомпьютере) и для экспериментатора, так как не предоставляет возможности получения информации в виде эмоциональной обратной связи при ответе на некоторые вопросы, затрагивающие эмоционально значимые аспекты жизнедеятельности инвалида.

Предпочтительнее всего оказалась техника проведения обследования путем предъявления стимульного материала на слух с активным участием самого экспериментатора, поскольку многие незрячие с отсутствием центрального зрения не имеют достаточных навыков чтения и письма по системе Брайля, а в худшем случае совсем им не владеют, что, в свою очередь, ведет к искажению основного текста материала и значительному увеличению временного интервала при ответе на вопросы.

3. Для повышения надежности и достоверности получаемой информации необходимо учитывать особенности заболевания органа зрения и степень выраженности дефекта (наличие или отсутствие остаточного зрения, позволяющего самостоятельно работать с наглядным материалом). Это определяет процедуру проведения обследования и регистрации результатов.

Выбор методик должен определяться целями, задачами и интересами различных направлений реабилитационной работы и этапов реабилитации, целесообразностью их сочетания и эффективностью применения для получения необходимых сведений.

Предложенные методики являются наиболее эффективными для получения сведений о психическом статусе слепых и слабовидящих людей. Они относятся к числу традиционно применяемых в прикладных психологических исследованиях и рекомендованы к практическому использованию в качестве диагностического инструментария.

Литература

1. Введение в психологию / Под общ. ред. проф. А.В. Петровского. М., 1997.
2. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие. Самара, 1998.
3. Психологические исследования: Практикум по общей психологии. М.; Воронеж, 1996.
4. *Самоловова Е.Ф.* Психологические основы реабилитации инвалидов // Сб. научных трудов 1-го российского конгресса «Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации». М., 2003.
5. *Силкин Л.Н.* Психологическое обеспечение элементарной реабилитации слепых. М., 1982.
6. Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. Минск, 1997.
7. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности. СПб., 1997.
8. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М., 2002.