

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОЇ СФЕРИ В УМОВАХ ЗОРОВОГО ДЕФЕКТУ



В. В. КОБИЛЬЧЕНКО, старший науковий співробітник лабораторії тифлопедагогіки Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, доктор психологічних наук

Анотація. У статті аналізуються різноманітні теоретичні підходи до становлення та розвитку особистості в умовах зорового дефекту. Автор не розглядає сліпоту як психологічний феномен, а вказує на рівні вияву органічного дефекту, серед яких виділяє фізіологічний, психологічний та соціальний.

Ключові слова: особистість, порушення зору, зорове сприймання.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ В УСЛОВИЯХ ЗРИТЕЛЬНОГО ДЕФЕКТА

Аннотация. В статье анализируются различные теоретические подходы к личностному становлению и развитию в условиях зрительного дефекта. Автор не рассматривает слепоту как психологический феномен, а указывает на уровни проявления органического дефекта, среди которых выделяет физиологический, психологический и социальный.

Ключевые слова: личность, нарушения зрения, зрительное восприятие.

FEATURES OF PERSONAL SPHERE IN THE CONDITIONS OF VISUAL DEFECT

Annotation. In article various theoretical approaches to personal formation and development in the conditions of visual defect are analyzed. The author does not consider blindness as a psychological phenomenon, and indicates the level of expression of organic defect, among which highlights the physiological, psychological and social.

Keywords: the person, sight infringements, visual perception.

Аналізуючи питання формування особистості в умовах важкого зорового дефекту, численні дослідники у своїх працях обстоюють тезу, згідно з якою повна відсутність зору чи глибокі порушення його провідних функцій вносять істотні зміни в життя людини, ускладнюючи її взаємодію з оточуючим світом.

Будь-який дефект, стверджував Л. Виготський, є тим чинником, який певною мірою змінює взаємини людини з навколишнім світом, оскільки створює труднощі при входженні дитини у життя. Він зауважував, що «фактичний дефект реалізується як соціальний вивих», оскільки сліпота ставить свого носія на певну ускладнену соціальну позицію. А почуття малоцінності, невпевненість і слабкість виникають як результат оцінки цієї позиції [1].

Ми поділяємо даний підхід, оскільки справді при випадінні функції аналізуючого зорового сприймання з народження чи у ранньому дитинстві неминуче порушується не тільки психічний, а й соціальний розвиток дитини, істотно знижується його темп. Причинами

такого стану є специфічні особливості спілкування сліпого в період раннього онтогенезу, обмеженість можливостей активного наслідування та пізнавальної діяльності, звуження можливостей моторної сфери і, часом, умови середовища.

Соціалізація дитини, тобто засвоєння нею досвіду суспільного життя й соціальних стосунків відбувається через різні види навчання, серед яких у ранньому дитинстві безсумнівно домінує вікарне навчання, яке передбачає спостереження та наслідування дитиною поведінки дорослих.

Оскільки провідний вид соціального навчання у ранньому онтогенезі є заблокованим або редукованим унаслідок дії важкого сенсорного дефекту, це істотно утруднює освоєння культури людських стосунків, формування соціальних ролей та функцій, отримання соціальних умінь, необхідних для успішної реалізації цих стосунків. Відповідно, значно уповільнюються темпи особистісного зростання, формування необхідних особистісних рис та якостей, психологічних механізмів, форм поведінки, що

необхідні для повноцінного життя в суспільстві.

Л. Виготський [1] вважав, що сліпоти як психологічного чинника для самого сліпого не існує взагалі. Цю ж думку поділяє і О. Литвак [3], який зазначав, що відсутність зору для сліпих не є психологічним чинником, оскільки психологічним чинником сліпота стає тільки тоді, коли людина вступає у спілкування зі здоровими людьми.

На нашу думку, в підлітковому віці відбувається усвідомлення незрячими свого дефекту, який із біологічного чинника поступово стає психологічним, оскільки дефект переходить із «Я» фізичного до «Я» соціального і «Я» духовного. Іншими словами, органічний дефект стає суб'єктивним (психологічним) чинником через суб'єктивне ставлення особистості до об'єктивного явища.

Деякі російські автори [2] стверджують, що сліпота є багаторівневим явищем, у якому можна виділити **фізіологічний, психологічний та соціально-психологічний рівні**, хоча й зазначають, що сліпота сприймається людиною цілісно.

Ми переконані, що сліпота справді є синкретичним явищем, яке характеризується певною злітністю фізіологічних, психологічних та соціальних процесів. Однак, вважаємо, що в даному разі доцільніше говорити не про сліпоту як психологічний феномен, а про рівні вияву органічного дефекту, серед яких ми виділяємо фізіологічний, психологічний та соціальний.

Фізіологічний рівень пов'язаний із функціонуванням зорового аналізатора та своєрідним протіканням нервових процесів у корі великих півкуль головного мозку. У психологічному рівні ми виділяємо два підрівні – **ендопсихічний та екзопсихічний**. Ендопсихічний підрівень тісно пов'язаний передусім із процесами сприймання та формування цілісних образів. Екзопсихічний підрівень репрезентує систему інтеріоризованих оцінок, соціальних стереотипів та Я-концепцію в цілому. Соціальний рівень вияву дефекту відображає систему соціальних стосунків незрячого, його поведінкові реакції тощо.

Відповідно до цього можна виділити три рівня усвідомлення дефекту: **фізичний, соціальний та духовний**.

Фізичний рівень характеризується усвідомленням дитиною труднощів сприймання оточуючого світу, взаємодії з ним через порушення або відсутність зорового сприймання.

Соціальний рівень, відповідно, характеризується усвідомленням проблем взаємодії з соціумом; труднощів отримання інформації, соціальної адаптації та самореалізації.

Духовний рівень, на нашу думку, є найбільш складним, найвищим рівнем, оскільки

залежить від усього попереднього досвіду людини, від її світосприймання в цілому і свого місця у світі зокрема. У своїй основі він безумовно спирається на два попередні. Людина може сприймати себе або як неповноцінну істоту, якій не пощастило у житті, або, усвідомлюючи усі свої вади, сприймати себе як людину, яка «відбулася», яка заслуговує на самоповагу та повагу інших людей.

Треба зазначити, що характерний для підліткового віку психологічний процес усвідомлення дефекту протікає в руслі процесів **асиміляції-акомодації**. Завдяки процесу асиміляції сліпий підліток інтегрує новий соціальний досвід відповідно до вже сформованих особистісних структур, які виявляють себе у наявних знаннях, типах реакцій та програм поведінки. Шляхом акомодації підліток розширює та диференціює свій досвід відповідно до вимог довкілля.

Однак, нові знання (когніції) про себе порушують когнітивну рівновагу (консонанс) та цілісність Я-образу, який склався до цього часу, породжуючи когнітивний дисонанс. Щоб відновити втрачену рівновагу, сліпий підліток має або прийняти свій дефект, або ігнорувати його. В цьому разі незрячий відмовляється визнати той факт, що сліпота є постійним станом, який буде супроводжувати його усе наступне життя.

Не останню роль у центрованості уваги дитини на дефекті відіграє процес інтеріоризації нею соціальної взаємодії з найближчим довкіллям, негативних зовнішніх оцінок. За висловом Л. Виготського [7], сліпота є нормальним станом для сліпого й відчувається ним тільки опосередковано, як віддзеркалений на нього самого результат його соціального досвіду. Відповідно до цього, «у сліпого рано виникає й глибоко вкорінюється переконання, що він є нещасною, ображеною долею, істотою, яка стоїть нижче оточуючих його зрячих людей».

Усвідомлення свого дефекту, своєї неповноцінності шокує деяких незрячих підлітків, травмує їх психіку. Саме тому, найбільш комфортно вони почувають себе у звичному соціальному оточенні, або серед таких же як і вони сліпих, або серед своїх батьків. Відповідно, вони не вчаться самотійно долати життєві перешкоди. Їхня самооцінка зазвичай є суперечливою і, часто, – неадекватною. Більшість своїх проблем, неуспіхів та невдач такі підлітки пояснюють зоровим дефектом. Саме він сприймається ними як єдина першопричина усіх труднощів та негараздів у житті. Люди ж, які оточують незрячого підлітка, здатні або скоригувати його неадекватні установки щодо власного дефекту, або значно посилити їх.

Спираючись на результати власного експериментального дослідження, Є. Синьова [5] робить висновок, що у більшості випадків діти з вадами зору переоцінюють свій статус в системі міжособистісних стосунків, у них дуже рідко зустрічається заниження самооцінки (порівняно з реальним статусом). Проте оцінюючи становище інших осіб у колективі, сліпі та слабозорі частіше дають адекватну оцінку, ніж у випадках, коли вони оцінюють власне становище. Водночас зростає процент завищених самооцінок порівняно з оцінкою інших.

Є. Синьова слушно зауважує, що для розвитку особистості дитини з вадами зору важливе значення мають такі чинники, як час втрати зору й ступінь сліпоты, оскільки вони зумовлюють специфіку характерологічних якостей особистості, її ставлення до оточення та самої себе.

Порушення соціальних контактів неминуче призводить до ряду відхилень у формуванні особистості сліпонароджених й тих, хто втратив зір у ранньому дитинстві, й за відсутності або при некваліфікованому педагогічному втручанні може викликати появу негативних характерологічних особливостей.

На думку О. Литвака [3], зоровий дефект провокує, особливо в сфері родинних стосунків, виникнення умов, що несприятливо впливають на формування рис характеру. До таких умов він рівною мірою відносить як надмірну опіку з боку навколишніх, так і відсутність уваги до дитини, її занедбаність. Унаслідок, у сліпих і слабозорих дітей формуються негативні моральні (егоцентризм, егоїзм), вольові (відсутність самостійності, нерішучість, упертість, негативізм), емоційні (байдужість, душевна черствість) та інтелектуальні (відсутність цікавості, почуття нового) риси характеру.

Із загальної психології відомо, що особистість, як системна якість індивіда, формується й виявляє себе у соціальній взаємодії з оточуючими людьми.

Вивчаючи взаємозв'язок каузальної атрибуції з реадaptaцією незрячих, литовська дослідниця Г. Пуочяскене [4] прийшла до висновку, що для більшості осіб із глибокими порушеннями зору значну трудність становить отримання інформації у незнайомому середовищі від незнайомої людини.

Ми певні, що повнота й правильність оцінки людиною інших людей, її соціальні установки, які впливають на сприймання оточуючих і манеру реагувати на їх поведінку, віддзеркалюють той конкретний досвід взаємодії з людьми, який має суб'єкт. Якщо він постійно перебуває у сталому, однорідному оточенні, така обмеженість неодмінно негативно позначатиметься на його особистому досвіді, а дефіцит такого досвіду, зокрема,

призводить до того, що він не отримує певних уявлень про себе чи вони не відповідають реальності.

Отже, дефіцит соціального досвіду спричинює незнання своїх можливостей, їх недооцінки або переоцінки, що у свою чергу зумовлює зростання ситуативної та особистісної тривожності, виникнення різноманітних фобій, – а все це породжує значне зниження соціальної активності дитини в цілому.

На думку ще однієї литовської дослідниці Р. Бандзявічене [4], спілкування є саме тим видом діяльності, з яким пов'язане гостре почуття дискомфорту в людей з глибокими порушеннями зору, оскільки вони мають певні психологічні труднощі в зачаткуванні соціальних контактів з іншими людьми.

Спілкування є саме тим видом людської діяльності, який потребує візуального сприймання й контролю. До сказаного варто додати, що істотну роль як у процесі спілкування, так і при зачаткуванні соціальних стосунків відіграє «контакт очима». Саме тому, априорі зрозуміло, що чим глибшими є порушення зору, тим більшими є труднощі соціальної взаємодії. При цьому страждають усі три сторони спілкування: **перцептивна, інтерактивна та комунікативна**, найбільше вираженими є порушення перцептивної сторони, а найменше – комунікативної.

Щодо перцептивної сторони спілкування треба зазначити, що в тотально та парціально сліпих школярів унаслідок неможливості або редукованості візуального сприймання партнера по спілкуванню, порушується взаємодія й зворотний зв'язок із ним, що призводить до відсутності фіксацій усіх дій партнера, їх випадкового відображення та неадекватної реакції на них.

Аналізуючи розвиток експресивно-мімічних засобів спілкування, окремі автори [4] відмічають, що сліпий недостатньо цікавиться рисами обличчя партнера по спілкуванню, оскільки не звик шукати в них прояв особистості. Це пояснюється особливостями розвитку сліпого, для якого характерним є те, що з віком його власна міміка консервується, виразні можливості обличчя не реалізуються, обличчя стає нерухомим. Якщо ж обличчя зберігає інстинктивну рухомість, то вона не має нічого спільного з умовною мімікою.

Порушення інтерактивної сторони проявляється у формуванні неадекватних соціальних установок, побудові хибної стратегії соціальної взаємодії, яка виявляє себе в упередженому ставленні до зрячих, страхах перед незнайомою ситуацією або співрозмовником, що призводить до згортання соціальних контактів та самоізоляції незрячого.

Як зазначає ще один литовський дослідник А. Суславічус [4], у сліпих людей формуються

соціальні установки різних типів, серед яких переважають установки на уникання зрячих та залежності від них. На думку автора, маючи установки залежності, сліпий певен, що зрячі повинні все робити за нього, тоді як в основі установок другого типу є особливості їх соціальної взаємодії з навколишнім світом, які характеризуються своєрідною інтенцією, що проявляється у виборі схожих партнерів для власного спілкування, оскільки це дає змогу їм психологічно почуватись більш комфортно.

Це пояснюється тим, що більшість людей обирають собі у партнери тих, хто належить до тієї самої соціально-демографічної групи, має схожий життєвий шлях, поділяє ті самі погляди й переконання. Спілкування зі схожим партнером призводить до укріплення когнітивного балансу, що склався, і вкрай рідко спричинює виникнення дисонансів, закріплює упередженість й заважає сприйманню принципово нової інформації. На його думку, схожа людина більш зрозуміла їй, відповідно, її дії легше прогнозувати. Таким чином, вибір схожого партнера обумовлений прагненням до «психологічної безпеки» та «комфортної» взаємодії.

Чим у замкнутішому соціальному середовищі перебуває людина, тим ближче її особистісний еталон до стереотипів спільноти, тим менша вірогідність розуміння нею іншого як особистості зі своїм складним внутрішнім світом.

Ми вважаємо, що цей факт пояснюється психологічним механізмом групової ідентифікації. В даному разі ідентифікація постає як процес виділення зорового дефекту в якості властивості, завдяки якій людина, що має глибокі порушення зору, співвідносить себе з іншими «товаришами по нещастю», які мають той самий дефект. Таким чином, ідентифікація постає як когнітивно-афективний процес ототожнення себе з іншими незрячими.

Певною мірою групова ідентифікація відіграє роль захисного механізму, оскільки забезпечує незрячому психологічну захищеність. Крім того, саме групова ідентифікація дає змогу сліпому ввести до своїх екзопсихічних структур існуючі в групі соціальні установки та стереотипи. Отже, ідентифікація постає як механізм соціалізації, виявляючи себе у прийнятті незрячим відповідної соціальної позиції, в усвідомленні ним групової приналежності. У сліпого поступово формується образ «Я – незрячий». Таким чином, ідентифікація є процесом об'єднання себе з іншими незрячими на основі тісного емоційного зв'язку, який склався між ними, а також введення у свій внутрішній світ норм та цінностей даної групи.

Щодо комунікативної сторони спілкування, то варто зазначити, що хоча вона є най-

більш збереженою, однак деякі автори [6] звертають увагу на типові риси комунікації незрячих школярів, суть яких полягає у тому, що незрячі нерідко з бажанням вступають у діалог; висловлюють свою думку, але їхні висловлювання здебільшого характеризуються монологічністю. Вони не ставлять питань, не співвідносять свої висловлювання з висловлюваннями партнера, який потрібен їм переважно лише як слухач. Крім того, часто сліпі сприймають тільки ті висловлювання, які відповідають їхній точці зору.

У своїх працях Л. Виготський [1] наполягав на тому, що результатом поразки надкомпенсації є перемога почуття слабкості, асоціальна поведінка, створення захисних позицій зі своєї слабкості, перетворення її на зброю, фіктивна ціль існування, неможливість нормального психічного життя особистості – втеча у хворобу, невроз.

Ми цілком згодні з цим, оскільки також вважаємо, що поведінка значної кількості незрячих є переважно невротичною, позаяк в ній чітко простежується наявність трьох базових (за К. Хорні) соціальних установок (атитюдів): «рух до людей», «рух проти людей» та «рух від людей».

Поведінка незрячих першого типу характеризується постійним намаганням продемонструвати близьким та оточуючим свої утруднення з метою отримання від них особливої уваги й турботи. Такий незрячий вимагає до себе виключної уваги – усі повинні забути про свої проблеми й займатись тільки його справами. Розмови оточуючих швидко переводяться ним на себе. Він прагне постійно розповідати оточуючим про свої труднощі, нерідко їх перебільшуючи. Сліпота в його свідомості асоціюється зі станом загально-го нездоров'я, яке може проявлятися в усіх сферах життєдіяльності. Будь-які проблеми трактуються як наслідок сліпоти, і якби не остання, то не було б і самих проблем. Проблеми ж розцінюються як перепони, які неможливо подолати, як неможливо подолати й саму сліпоту. Наслідком цього є нечутливість до проблем інших людей. В інших незрячих він бачить переважно конкурентів, стосунки з ними часто мають конфліктний характер.

На думку К. Хорні [7], потреба невротика в інших і його страх перед ними роблять їх не тільки більш страшними, але й більш необхідними для нього. Саме тому центр тяжіння його особистості знаходиться ближче до інших, аніж до себе, і він поступається своїми правами. Мета цього полягає в тому, щоб надати оцінкам інших, які стосуються його власного «Я», не властивого їм високого значення, принижуючи одночасно значення власної самооцінки. Поряд з цим, ознаками ослаблення цілісності особистості невротика є зменшення його щирості та зростання его-

центризму. Егоцентризм є моральною проблемою, оскільки змушує інших бути засобом задоволення особистих потреб невротика.

Незрячих другого типу характеризує велика підозріливість щодо оточуючих, впевненість, що їхня інвалідність є результатом чужого злого наміру. Саме цьому типу притаманна оцінка сліпоти передусім як несправедливості з одночасним різким поділом людей на «ми – незрячі» та «вони – зрячі». Крім того, їх характеризує прагнення обстоювати ідею про принципову неможливість розуміння зрячими інвалідів, про зневажливе ставлення останніх до сліпих. Вони увесь час конфліктно налаштовані. Внутрішня напруга значною мірою проявляється у контактах з оточуючими людьми. Таких незрячих відзначає прагнення обійтись власними силами, вони навіть часто не використовують тростину, в якій мають нагальну потребу. Для певної частини даного типу незрячих характерним є легковажне ставлення до власного становища. Вони прагнуть отримувати від життя усе будь-якими засобами.

Аналізуючи структуру неврозу, К. Хорні [7] зазначає, що екстерналізація самозневаги може набути форми зневажливого ставлення до інших, або почуття, що інші зневажають саме тебе. Обидві форми, як правило, існують разом; яка з них домінує, залежить від загальної організації невротичної структури. Чим більш агресивним є невротик, тим більш справедливим він себе відчуває, тим легше він зневажає інших. Перетворюючи невротика на особистість, яка боїться інших та вороже налаштована щодо них значно сильніше, аніж щодо себе, екстерналізація тим самим замінює внутрішні конфлікти зовнішніми. Більш конкретно можна сказати, що вона істотно посилює той конфлікт, який з самого початку призвів до невротичного процесу – конфлікт між внутрішнім і зовнішнім світом.

Третій тип незрячих характеризується підвищеною тривожністю й сензитивністю щодо сторонніх висловлювань та оцінок на власну адресу. Вони центровані на дефекті, для них характерні дисморфобії, велика стурбованість тим враженням, яке вони можуть справити на оточуючих своїм дефектом. Вони впевнені у власній неповноцінності. Характерним для них є страх спілкування у незнайомій ситуації або з незнайомою людиною. Їм притаманні невіра у власні сили, суїцидальні думки та фантазії. Саме тому вони уникають спілкування, згортають свої соціальні контакти.

На думку К. Хорні [7], така поведінка невротика пояснюється його надзвичайною вразливістю, страхом перед приниженням і глузуванням. Ці процеси становлять значну частину неврозу. В цілому, дія цього страху полягає у відокремленні невротика від інших

і встановленні між невротиком та іншими ворожих стосунків. Невротик утримується від взаємин з оточуючими людьми через неприємну перспективу глузування з нього.

Щоб не визнавати, що його особисті проблеми й страждання породжуються його внутрішніми труднощами, невротик вдається до цих трьох типів поведінки. Нерідко невротик звинувачує усе й усіх у власних труднощах, не визнає той факт, що тільки змінивши себе, змінивши установки щодо власного дефекту можна досягти особистісної свободи.

Отже, можемо констатувати, що формування особистості нерідко обтяжене важким сенсорним дефектом. Оскільки, як неодноразово зазначалося, розвиток особистості базується на взаємодії психічного та соціального, і є по своїй суті розвитком психосоціальним, то порушення у психічній та соціальній сферах у кінцевому результаті неодмінно призводять до небажаних наслідків в особистісному розвитку дитини, зумовлюючи появу різноманітних негативних характерологічних утворень, що знаходять свій вияв у соціальній взаємодії.

Проте, як цілком слушно зауважує О. Литвак [3], особливості особистості сліпих та слабозорих лише побічно пов'язані з дефектами зору, і більшою мірою є наслідками соціальними. Тобто, у формуванні основних властивостей особистості, як і особистості в цілому, на перший план виходять саме соціальні чинники та суспільні інститути.

ЛІТЕРАТУРА

1. В ы г о т с к и й Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский; [под ред. Т. А. Власовой]. – М. : Педагогика, 1983. – 367 с. – (Собр. соч. в 6 томах. – Т. 5).
2. Диагностика и коррекция неадекватных установок на инвалидность и отношение к дефекту у ослепших / [Ю. Г. Демьянов, В. М. Сорокин, Т. С. Шалагина, В. И. Беляева; под науч. ред. А. Г. Литвака]. – Воронеж, 1982. – 26 с.
3. Л и т в а к А. Г. Тифлопсихология / А. Г. Литвак. – М., Просвещение, 1985. – 206 с.
4. Психологические особенности лиц с нарушением зрения : [сб. науч. работ]. – Вильнюс, 1986. – 112 с.
5. С и н ь о в а Є. П. Вивчення та удосконалення структури міжособистісних стосунків учнів з важкими розладами зору / Є. П. Синьова – К. : РУМК спецшкіл, 1981. – (Методичні рекомендації).
6. С о л н ц е в а Л. И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста / Л. И. Солнцева. – М. : Полиграфсервис, 1997. – 124 с.
7. Х о р н и К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / Хорни К. – СПб., 1997. – 240 с.