

УДК 617.7–053.2–089.163:612.821

## Емоційні стани слабкозорих дітей з офтальмопатологією у передопераційний період

Н. В. Родіна, д-р психологічних наук, проф.

Одеський національний  
університет ім. І. І. Мечникова;  
Одеса (Україна)

E-mail: nvrodina@mail.ru

**Вступление.** Известно, что органические расстройства зрительного анализатора влияют на психическое развитие ребенка. Вместе с тем данные о том, каким является их эмоциональное состояние, довольно противоречивы. **Целью исследования** было психологическое изучение особенностей эмоционального состояния детей с офтальмопатологией в предоперационный период.

**Материал и методы:** Исследованы 31 ребенок в возрасте 7–12 лет. Использовались методики Сонди, Тэмбла-Дорки-Амена.

**Результаты.** Установлено, что дети с офтальмопатологией перед операционным вмешательством находятся в состоянии острой фрустрации. Чувство тревоги возникает в большинстве жизненных ситуаций, а зачастую в ситуациях, связанных с агрессией и изоляцией, что обусловлено их физической несостоятельностью в связи с патологией зрения. В предоперационный период 29 % детей характеризовались аффективно-эксальтированным паттерном эмоционального реагирования на стрессовую ситуацию, 55 % — агрессивным паттерном реагирования и 16 % — астено-тревожным паттерном эмоционального реагирования на стресс, связанными с операцией.

**Выводы.** Дети с офтальмопатологией перед операционным вмешательством находятся в состоянии острой фрустрации. Их эмоциональное состояние определяется чувством недостатка персональной любви со стороны близких людей. Для них также характерна заниженная самооценка, сокрытие актуальных желаний и их фантазийное или псевдологичное реагирование, разочарование, неспособность принять реальную обстановку, выраженный физиологический дискомфорт.

**Ключевые слова:** офтальмопатология, дети, эмоциональные состояния, тревожность, предоперационный период, паттерны реагирования.

**Ключові слова:** офтальмопатологія, діти, емоційні стани, тривожність, передопераційний період, патерни реагування.

## Experimental-psychologic study of the emotional condition of children with ophthalmopathy in the preoperative period

Rodina N. V.

Odessa National University named  
after I. I. Mechnikov; Odessa  
(Ukraine)

**Introduction.** It is known that organic disorders of the visual analyzer influence mental development of the child. At the same time the data about their emotional condition are inconsistent enough.

**The purpose the investigation** was psychological study of the peculiarities of the emotional condition of children with ophthalmopathy in the preoperative period.

**Materials and methods:** there were investigated 31 children aged 7–12. Techniques of Sondy, Temmle-Dorky -Amen were used.

**Results.** It is established that children with ophthalmopathy before the surgical intervention are in the condition acute frustration. The feeling of alarm arises in the majority of vital situations, and frequently in the situations associated with aggression and isolation that is caused by their physical inconsistency due to a pathology of sight. During the preoperative period 29 % of children were characterized by affective- excited pattern of emotional reaction to the stressful situation; 55 % had an aggressive pattern of reaction and 16 % had astheno- disturbing pattern of emotional reaction to the stress due to operation.

**Conclusions.** Children with ophthalmopathy before the surgical intervention are in the condition of acute frustration. Their emotional condition is determined

**Key words:** ophthalmopathology, children, emotional conditions, the preoperative period, patterns of reaction.

*by the feeling of lack of personal love from their close people. They are also characterized by decreased self-estimation, concealment of actual desires and their invented or pseudo-logical reaction, disappointment, inability to accept the real conditions, the expressed physiological discomfort.*

**Вступ.** Однією з найгостріших проблем у світі є сліпота у дітей. Сучасні дослідження в медицині та педагогіці показують, що кількість дітей з порушеннями зору збільшується. За статистикою МОЗ, в Україні нині налічується близько 10 тис. дітей-інвалідів по зору. В нашій державі, на теперішній час, показник поширеності дитячої сліпоти складає 0,9 на 10 тис. дитячого населення. Збільшилась та має постійну тенденцію до зростання кількість малюків, хворих на ретинопатію недоношених. Ця патологія посідає друге місце в структурі дитячої інвалідності по зору (15 %), у недоношених дітей, що вижили, виявляється в 9–47 % випадків, а серед глибоко недоношених — в 59–90 % випадків [7].

Зміни особистості у дітей з дефектами зору і слуху описані Л. С. Виготським, Т. П. Сімеоном, Г. Штутте, В. Майер-Гроссом з співр., Г. В. Козловською, В. Ф. Матвеевим і Л. М. Барденштейном. Клініко-психологічна структура такого дефіцитарного типу розвитку особистості включає ряд загальних ознак. До них відносяться знижений фон настрою, астеничні риси, нерідко з явищами іпохондричності, тенденція до аутизації як наслідок об'єктивних труднощів контактів, пов'язаних з основним дефектом, так і гіперкомпенсаторного відходу у внутрішній світ, нерідко у світ фантазій. Ці емоційні та особистісні розлади, як правило, активніше формуються у дітей, якщо вони знаходяться в неадекватних умовах навчання і виховання. Так, згідно Л. С. Виготському, долю особистості вирішує не сам по собі дефект, а його соціальні наслідки. Вчений підкреслював, що органічний дефект викликає «соціальний вивих», тобто недолік зору змушує дитину перейти в особливу соціальну позицію, коли його ставлення з навколишнім світом, у тому числі і в сім'ї, набуває іншу забарвленість [3]. У той же час існує можливість компенсації фізичного дефекту за допомогою «культурних прийомів і навичок», що покривають компенсуючий дефект і дають можливість впоратися з новими завданнями іншими шляхами.

Отже, актуальність і невідкладність вивчення проблеми індивідуально-психологічних якостей дітей з офтальмопатологією, особливо молодшого шкільного віку важлива ще й тим, що в цей час спостерігається активний процес інтенсифікації навчання в початковій школі, до того ж зміна соціально-економічних умов значно відбилася на державній системі допомоги дітям з обмеженими можливостями, що не виключає певних змін в особистісному і інтелектуальному розвитку дітей

молодшого віку з патологією зору, в порівнянні з такою ж віковою групою, наприклад, десять років тому.

Результати дослідження рівня тривожності у сліпих і слабозорих свідчать про те, що переживання своєї відмінності від зрячих заважає їм справлятися зі своїми почуттями та емоціями [10]. Разом з тим дані про їх емоційний стан досить суперечливі. У таких дітей відзначається порушення емоційно-вольової сфери, що виявляється в невпевненості, скутості, зниженні пізнавального інтересу, прояві безпорадності в різних видах діяльності, соціальних комунікаціях, зниженні бажань у дитини і виникненні більшої залежності дитини від допомоги і керівництва дорослих [8]. З іншого боку, вказується на їх підвищену дратівливість, афективність [4]. Але відсутні дані про наявність у популяції цих поведінкових патернів. Також слід зазначити, що емоційні стани є ситуативно обумовленими психічними явищами, проте в емпіричних дослідженнях не вказується, в яких ситуаціях знаходяться діти з офтальмопатологією при вивченні їхнього емоційно-вольового статусу.

Таким чином, актуальність цієї проблеми у теоретичному, практичному і соціальному плані зумовила вибір теми даного дослідження. Отже, **метою дослідження** було вивчення за допомогою психологічних методів особливостей емоційного стану дітей з офтальмопатологією в передопераційний період.

### Матеріал та методи

Досліджено 31 дитину з офтальмопатологією у віці 7–12 років (середній вік  $8,8 \pm 0,25$ ). За статевим складом діти розподілилися наступним чином — 10 хлопців (32,3 %) і 21 дівчина (67,7 %). 17 пацієнтів (54,8 %) були госпіталізовані вперше, 14 пацієнтів (45,2 %) — повторно. В стаціонарі пацієнти до оперативного втручання проводили від 2 до 15 ліжко-днів, в середньому —  $6,8 \pm 0,83$  днів. Найчастіше зустрічались наступні діагнози: глаукома, катаракта, відшарування сітківки, ретинобластома. Слід зазначити, що лише у 6,50 % пацієнтів спостерігалися ускладнення.

Психологічне дослідження проводилось в ігровій формі і супроводжувалось необхідним роз'ясненням. Рівень концентрації уваги дітей можна охарактеризувати як достатній, оскільки дослідження проходило в інтервалі з 9 до 14 години. На попередньому етапі дослідження проводилося входження в контакт з дітьми та ознайомлення їх з організацією і методиками дослідження.

Для дослідження емоційного стану було застосовано дві методики: метод портретних виборів Л. Сонді [16] та тест тривожності Тембла-Доркі-Амена [11]. В тесті Сонді досліджуваному дається завдання обрати в шести серіях, що складаються з восьми окремих портретів кожна, знімки об-

лич, які йому здаються симпатичними та антипатичними. Портрети — це знімки пацієнтів, анамнез та клінічний діагноз яких відомі абсолютно точно. Кожний портрет за своєю фізіогномічною та психологічною сутністю відбиває у найбільш загостреному вигляді вияв одного з восьми базисних людських потягів. Практика засвідчує, що симпатія означає, що несвідомі тенденції, які характеризують цей портрет, є актуалізованими, тоді як антипатія є ознакою придушення відповідних несвідомих потягів. Переважання позитивних виборів записуються як плюс-реакції, негативні — як мінус-реакції. Кожні два фактори відображають наступні несвідомі потяги: h — сексуальна недиференційованість; s — садизм-мазохізм; e — епілептоїдні тенденції; hu — істеричні схильності; k — кататонічні прояви; p — паранояльні стани; d — депресивні стани; m — манакальні прояви. Фактори h і s формують сексуальний вектор S, фактори e і hu формують моральний вектор P, фактори k і p — вектор Ego Sch, а фактори d і m — вектор контактів C. Даний тест є імпресивною (такою, що потребує від досліджуваного здійснити вибір) проєктивною психодіагностичною методикою і може застосовуватися для дослідження дітей, починаючи з двох-трьох років

Експериментальний матеріал методики Теммла-Доркі-Амена — 14 малюнків, кожний з яких відображає певну типову для життя молодшого школяра ситуацію (наприклад, гра з молодшими дітьми, умивання тощо). Кожний малюнок виконано у двох варіантах: для дівчат і хлопців. Обличчя дитини не вимальоване, а лише контур голови. Кожний малюнок доповнений двома зображеннями дитячої голови, що за розмірами точно відповідає контурам обличчя на малюнку. На одному із двох зображень — усміхнене обличчя, на іншому — сумне. Малюнки демонструються дитині в чітко визначеному порядку один за одним. Показуючи дитині малюнок, дослідник дає інструкцію обрати для кожної ситуації відповідне обличчя — вибір сумного обличчя свідчить про тривожність в певній сфері.

У якості статистичних методів використовувались розрахунок коефіцієнту кореляції rs Спірмена [5], U-критерій Манна-Уїтні, який є варіантом непараметричного дисперсійного аналізу [6] та кластерний аналіз методом k-середніх [15]. Дані аналізувались за допомогою ліцензійного пакету програми SPSS Statistics 22.0.

### Результати та їх обговорення

Загальний профіль переднього плану за методикою Сонді, який характеризує дитину з офтальмопатологією у передопераційний період, був наступним: h- s+ e0 hu- k+ p± d± m0. Картина вектору S вказує на те, що досліджені діти відчувають нестачу персональної любові, емоційного прийняття. Ці відчуття пов'язані з активізацією агресивних тенденцій, а саме конфліктністю, небажанням вибачити образу, намаганням заподіяти шкоду іншим одноліткам [16]. Картина вектору P свідчить про інтровертивну спрямованість дітей з порушенням зору у передопераційний період. Для них також є характерним приховування в собі актуальних бажань та їхнє фантазійне або псевдологічне відреагування. Тим самим створюється сприятливий ґрунт для створення внутрішнього ірреального світу, де немає протиріч і заборон. Також актуальний фізіо-

логічний стан відображається у цій векторній картині, як замисливість, вразливість, недовіра, відчуття дискомфорту [16].

Аналізуючи картину вектору Sch, варто навести її назву: «інфляпроєктивна інтроєкція». С. Дері [14] пише, що у поведінці особистості з такою конфігурацією знаходяться симптоми постійної фрустрації. Л. М. Собчик [9] вказує, що у випадку такої конфігурації Ego у пацієнтів може спостерігатися аутистично-недисциплінована поведінка. Картина вектору контактів C вказує на наявність кризового стану, у якому знаходяться діти з офтальмопатологією. Їх особистість характеризує стан амбітендентності у сфері контактів. Люди з такою векторною картиною вочевидь стоять на життєвому роздоріжжі і живуть в обтяженому страхом сумніві [2].

Середньогрупові індекси тривожності для кожної ситуації схематично наведені на рисунку 1. Вони формують загальний профіль дітей з офтальмопатологією за тестом тривожності Теммла-Доркі-Амена. Індекс тривожності дитини, який дорівнює відсотковому відношенню емоційно негативних відповідей в групі до загальної кількості відповідей для певної ситуації. В даному випадку середньогруповий індекс тривожності за всіма ситуаціями дорівнює 49,7 %, що є на межі високого рівня тривожності (вище 50 %).

Отже, найбільш фруструючими ситуаціями були ситуації «догани» та «агресивного нападу». Це пов'язано з тим, що в першому випадку тривога у дітей з офтальмопатологією виникає при очікуванні неприємного, яке може супроводжуватися не стільки тривогою, скільки надією на те, що все-таки неприємностей не буде. Дитина, що очікує догани від батьків або вихователів, сподівається, що покарання не буде. Ця ситуація відноситься до тих, що моделюють стосунки «дитина — дорослий», у яких дитина відчуває емоцію провини по відношенню до дорослих. Слід зазначити, що ситуація «агресивно-

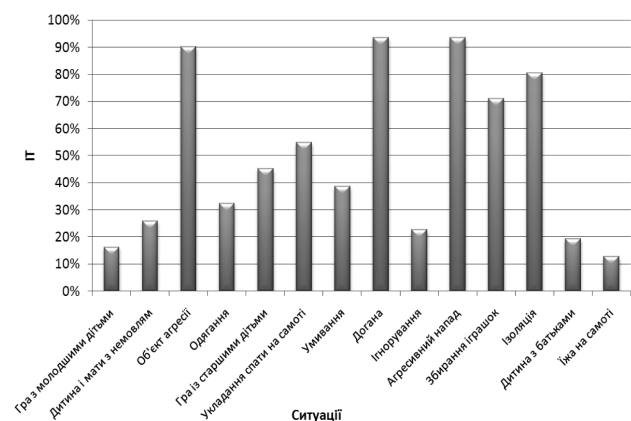


Рис. 1. Загальний профіль дітей з офтальмопатологією за тестом тривожності Теммла-Доркі-Амена.

го нападу» провокує у дитини відчуття небезпеки та незахищеності. Адже, маючи вади зору, дитині важко реагувати на прояви ворожості з боку однолітків.

Також активно фруструючими ситуаціями були ситуації «об'єкт агресії» і «ізоляції». В ситуації «об'єкт агресії», де зображена дитина, яка тікає від однолітка, що нападає, пацієнти відчувають себе незахищеними, нездатними дати адекватну відсіч особам, що виявляють фізичну агресію, адже вони сприймають себе фізично неспроможними протистояти таким спробам. В ситуації «ізоляції» дитина відчуває себе відторгнутою більшістю однолітків, що може пов'язуватись нею з наявністю фізичного дефекту. Отже найбільший рівень тривожності виявляється в ситуаціях стосунків «дитина-дитина».

Ми вважаємо, що виявлена значущість для дітей з офтальмопатологією ситуацій, пов'язаних з «агресією» та «ізоляцією», має в основі загальний чинник, викликаний фізичною неспроможністю, пов'язаною з вадами зору. Адже відторгнені діти завжди переживають психологічні проблеми: мають занижену самооцінку, не вміють протистояти агресії [12].

Виходячи із цих даних, ми бачимо, що у випробуваних дітей переважає почуття тривоги майже в усіх ситуаціях. Найбільш комфортно дитина себе почувала у ситуаціях «їжа на самоті», «гра з молодшими дітьми», «дитина з батьками». Тобто найменшу тривожність вони відчувають, коли перебувають у стосунках, в яких виявляється батьківська підтримка, де є можливість спілкуватися з дітьми без ризику агресивних проявів з їх боку, а також коли перебувають у ситуаціях, де є можливість самостійно виявляти навички самообслуговування. Як відзначає К. Хорні, виникнення й закріплення тривожності, пов'язані з незадоволенням основних вікових потреб дитини, здобувають гіпертрофованій характер [13]. Отже, для дітей з офтальмопатологією незадоволення провідних вікових потреб внаслідок вад зору призводило до виникнення і закріплення тривожності для ситуацій «агресивних стосунків» та «відторгнення» і «ізоляції».

Для розрахованих коефіцієнтів кореляції  $r_s$  Спірмена було обчислено статистичну значущість. Ті кореляції, які були статистично значущі на рівні  $p < 0,05$ , були схематично зображені у вигляді кореляційних плеяд (рис. 2).

Показник ліжко-днів був обраний нами як параметр, який непрямо характеризує ступінь складності операції, адже чим складніше операція, тим більшу кількість часу має провести пацієнт у стаціонарі. Таким чином, досліджуючи вищенаведені кореляційні зв'язки, ми можемо зрозуміти, яким чином формуються психологічні реакції на стрес у дітей з вадами зору.

Відповідно, чим більше часу потребує проведення лікування дітей у стаціонарі, тим більше вони

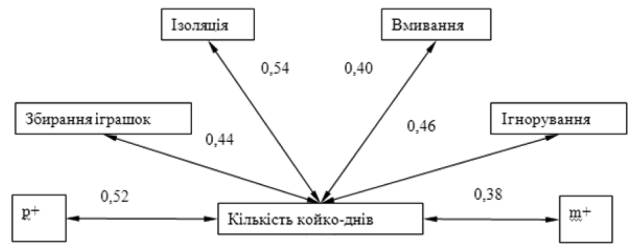


Рис. 2. Кореляційні плеяди, що відображають взаємозв'язки між кількістю ліжко-днів та емоційними станами у дітей з офтальмопатологією.

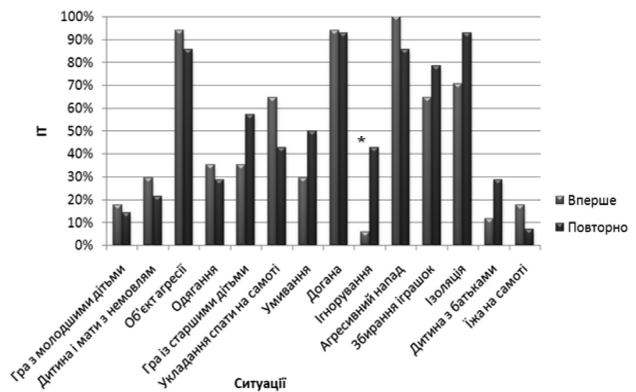


Рис. 3. Співвідношення рівня тривожності за тестом Тембла-Доркі-Амена у дітей з офтальмопатологією, які вперше чи повторно потрапляють у стаціонар.

Примітка: знаком \* статистично значущі розбіжності на рівні  $p < 0,05$

відчувають потребу у прив'язаності до значущого об'єкту (реакція тесту Сонді m+), а також намагаються компенсувати свій емоційний стан фантазіями про власну велич і унікальність (реакція тесту Сонді p+). Складність операційного втручання впливає на зростання тривожності у дітей з офтальмопатологією в ситуаціях самообслуговування, а саме збирання іграшок та вмивання, а також в ситуаціях емоційного неприйняття дитини (ігнорування, ізоляції).

На рисунку 3 наведені співвідношення рівня тривожності за тестом Тембла-Доркі-Амена у дітей з офтальмопатологією, які вперше чи повторно потрапляють у стаціонар. Це дає можливість порівняти профілі за цим тестом для двох груп.

За цим рисунком видно, що показники тривожності для більшості ситуацій у пацієнтів з первинною та повторною госпіталізацією є схожими. Виключення становить ситуація «ігнорування», яка за своїм змістом вказує на те, що повторна операція сприяє зростанню відчуття відчуженості від батьків. Дійсно, за критерієм Манна-Вітні міжгрупові розбіжності за ситуацією ігнорування були статистично значущими на рівні  $p < 0,05$ . Для показників інших тестів статистично значущих розходжень не вияв-

лено. Отже, повторна госпіталізація приводила до того, що діти з порушенням зору виразніше відчували нестачу прив'язаності від значущого оточення.

На наступному етапі дослідження аналізували результати обстеження дітей з офтальмопатологією у передопераційний період засобами багатовимірної статистики. За допомогою кластерного аналізу були виявлені патерни поведінки, які є основними для пацієнтів, а також визначено, в якій кількості респондентів властиві ці структури. Адже в групі досліджених ми вже виявили агресивні та тривожні патерни, та важливою є кількісна їх характеристика.

Кластерний аналіз показав найбільшу відповідність емпіричним даним при розбитті вибірки дітей з офтальмопатологією на три самостійні кластери. Відповідно кожен кластер являє собою окрему підгрупу дітей, яка характеризується своїм особливим патерном емоційного реагування. Перший кластер складався з 9 осіб (29 %), другий — найчисленніший — з 17 осіб (55 %), а третій — з 5 осіб (16 %).

Перший кластер характеризувала вираженість в тесті Сонді реакцій: h+, e+, hu+, p-, d-, та m-. Рівень тривожних реакцій в тесті Теммла-Доркі-Амена був низьким. Відповідно, даний кластер отримав назву «Афективно-екзальтований». Для дітей, що представляють цей кластер, характерні емоційна екзальтованість, нестабільність настрою, перепади від стану пригніченості до ейфорії, підвищена навіюваність тощо.

Другий кластер характеризувався наступними реакціями тесту Сонді: s+, e- та d+. В ситуаціях, що провокують тривожні почуття і які описуються тестом Теммла-Доркі-Амена, представники цього кластеру характеризуються виразністю реакції «об'єкт агресії». Отже, даний кластер дістав назву «Агресивний». Діти, що відносяться до цього кластеру, характеризуються виразними агресивними реакціями, дратівливістю, а також побуюються агресивних реакцій з боку однолітків. Також вони відчувають відгородженість від однолітків та батьків.

Третій кластер відзначався наступними реакціями тесту Сонді: h-, s-, hu-, k+, p+, m+. В тесті Теммла-Доркі-Амена вони характеризувалися найбільшою тривожністю щодо всіх ситуацій. Відповідно, даний кластер отримав назву «Астено-тривожний». Для дітей, що представляють цей кластер, характерні виражена тривожність, занепокоєння, пригніченість, стомлюваність, замисливість, підвищена чутливість.

Таким чином, у передопераційний період 29 % досліджених дітей з офтальмопатологією харак-

теризувалися афективно-екзальтованим патерном емоційного реагування на стресову ситуацію, 55 % — агресивним патерном реагування і 16 % — астено-тривожним патерном емоційного реагування на стрес, пов'язаний з операцією.

Виходячи з отриманих даних, були запропоновані рекомендації, які мають знизити рівень психоемоційної напруги у дітей у передопераційний період. Ці рекомендації спрямовані в першу чергу батькам дітей з офтальмопатологією. Їм слід чинити всебічну підтримку своїм дітям, уникаючи гіперопіки, та заохочуючи самостійність у ситуаціях самообслуговування та спілкування у неагресивному середовищі однолітків. Необхідно зазначити, що на несвідомому рівні повторні операції сприймаються молодшими школярами, як ознака втрати прив'язаності до себе. Тому актуальною є розробка спеціальних корегуючих та розвиваючих занять для дітей з порушенням зору на основі застосування теорії прив'язаності у клінічній практиці, наприклад, використовуючи методологію, яку з позицій психоаналізу викладено у роботі К. Г. Бріша [1].

#### Висновки

Діти з офтальмопатологією перед операційним втручанням знаходяться у стані гострої фрустрації. Їх емоційний стан визначає відчуття нестачі персональної любові, прийняття з боку близьких осіб. Для них також характерна занижена самооцінка, приховування актуальних бажань та їх фантазійне чи псевдологічне відреагування, розчарування, нездатність прийняти реальну обстановку, виражений фізіологічний дискомфорт. Почуття тривоги виникає у більшості життєвих ситуацій, а найчастіше у ситуаціях, пов'язаних з агресією та ізоляцією, що обумовлено їхньою фізичною неспроможністю у зв'язку з вадами зору. Найменшу тривожність вони відчувають, коли перебувають у стосунках, в яких виявляється батьківська підтримка, де є можливість спілкуватися з дітьми без ризику агресивних проявів з їх боку, а також в ситуаціях самостійного виявлення навичок самообслуговування. Повторна госпіталізація приводила до того, що діти з офтальмопатологією виразніше відчували нестачу прив'язаності від значущого оточення. У передопераційний період 29 % досліджених дітей з офтальмопатологією характеризувалися афективно-екзальтованим патерном емоційного реагування на стресову ситуацію, 55 % — агресивним патерном реагування і 16 % — астено-тривожним патерном емоційного реагування на стрес, пов'язаний з операцією.

*Література*

1. **Бриш К. Х.** Терапия нарушений привязанности. От теории к практике / К. Х. Бриш. — М.: Когито-Центр, 2012. — 315 с.
2. **Вигдорчик М. И.** Метод портретных выборов Леопольда Сонди как инструмент теории судьбоанализа. Концептуальные подходы к теории и практическому применению / М. И. Вигдорчик. — Кемерово.: Ступень Сервис. — 1997.
3. **Выготский Л. С.** Педагогическая психология / Л. С. Выготский. — М.: АСТ. — 2008. — 541 с.
4. **Дренева В. В.** Практические материалы для педагогов-психологов по работе с учащимися с ограниченными возможностями здоровья, включенных в дистанционную форму обучения / Е. А. Градусова, А. Н. Горшкова // Ковров, 2011. — Режим доступа: [www.it-n.ru/attachment.aspx?id=118551](http://www.it-n.ru/attachment.aspx?id=118551)
5. **Ефимова М. Р.** Общая теория статистики: Учебник / Е. В. Петрова, В. Н. Румянцев — М.: ИНФРА-М, 2000. — 416 с.
6. **Маймулов В. Г.** Основы научно-литературной работы в медицине / В. Г. Маймулов, В. С. Лучкевич, А. П. Румянцев, В. В. Семенова. — СПб: СПбГМА. — 1996. — 128 с.
7. МОЗ. Протокол лікування дітей з ретинопатією недоношених. Додаток до наказу МОЗ від 21 вересня 2009 № 683. — Режим доступа: <http://medstandart.net/browse/3570>.
8. **Плаксина Л. И.** Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. И. Плаксина // — М. — РАОИКП. — 1999. — Режим доступа: [http://pedlib.ru/Books/3/0191/index.shtml?from\\_page=1](http://pedlib.ru/Books/3/0191/index.shtml?from_page=1)
9. **Собчик Л. Н.** Метод цветowych выборов — модификация восьмицветного теста Люшера. Практическое руководство / Л. Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2006. — 128 с.
10. **Солнцева Л. И.** Психология детей с нарушением зрения (детская тифлопсихология) / Л. И. Солнцева. — М.: Классике Стиль. — 2006. — 256 с.
11. **Выготский Л. С.** Тест тревожности: Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен: приложение к книге «Практикум по возрастной психологии»: учебно-методическое пособие / Л. С. Выготский — Санкт-Петербург.: Речь, 2002. — 34 с.
12. **Філіппова Ю. І.** Мобінг як педагогічна проблема / Ю. І. Філіппова // Практична психологія та соціальна педагогіка. — 2006. — № 2. — С.74–75.
13. **Хорни К.** Невротическая личность нашего времени; самоанализ. / К. Хорни — М.:Прогресс-Универс, 1993. — 480 с.
14. **Deri S.** Introduction to the Szondi test. / S. Deri — New York.: Grune & Stratton. — 1949. — 354 p.
15. **MacQueen J.** Some Methods for Classification and Analysis of Multivariate Observations / J. MacQueen // Proc. Fifth Berkeley Symp. Math. Stat. and Probab. — 1967. — Vol.1. — P.281–297.
16. **Szondi L.** Lehrbuch der experementellen Triebdiaagnostik / L. Szondi — Bern.: Huns Huber. — 1972. — 337 p.

*Поступила 25.07.2014*

*References*

1. **Brish KKh.** Therapy for attachment disorders. From theory to practice. M.: Kogito-Tsentri; 2012. 315 p.
2. **Vigdorichik MI.** The method of portrait election by Leopold Szondi as a theory tool for fate analysis. Conceptual approaches to the theory and practical application. Kemeroovo: Stupen Servis; 1997.
3. **Vygotskii LS.** Pedagogical Psychology. M.: ACT; 2008. 541 p.
4. **Dreneva VV, Gradusova EA, Gorshkova AN.** Practical materials for educational psychologists to work with students with disabilities included in distance learning. Kovrov; 2011. Available at: [www.it-n.ru/attachment.aspx?id=118551](http://www.it-n.ru/attachment.aspx?id=118551)
5. **Efimova MR, Petrova EV, Rumyantsev VN.** General Theory of Statistics: textbook. M.: INFRA-M; 2000. 416 p.
6. **Maimulov VG, Luchkevich VC, Rumyantsev AP, Semenova VV.** Fundamentals of scientific and literary works in medicine. SPb.: SPbGMA; 1996. 128 p.
7. Ministry of Health. Protocol for treatment of retinopathy of premature. Appendix to MoH Act from 21 Sep. 2009 № 683. Available at: <http://medstandart.net/browse/3570>.
8. **Plaksina LI.** Psycho-pedagogical characteristics of children with visual impairment; manual. M.: RAOIKP; 1999. Available at: [http://pedlib.ru/Books/3/0191/index.shtml?from\\_page=1](http://pedlib.ru/Books/3/0191/index.shtml?from_page=1)
9. **Sobchik LN.** Method of color choices — modification of eight color Lusher test. A Practical Guide. SPb: Rech; 2006. 128 p.
10. **Solntseva LI.** Psychology of children with visual impairment (child tiflopsychology). M.: Klassike Stil; 2006. 256 p.
11. **Vygotskii LS.** Anxiety test: Tammler R, Dorky M, Amen V: supplement to the book «The Workshop on psychology». Saint-Petersburg: Rech; 2002. 34 p.
12. **Filippova YuI.** Mobbing as a pedagogical problem. Praktichna psikhologiya ta sotsialna pedagogika. 2006; 2:74–5. Ukrainian.
13. **Horney.** The Neurotic Personality of Our Time; introspection. M.: Progress-Univers; 1993. 480 p.
14. **Deri S.** Introduction to the Szondi test. New York: Grune & Stratton; 1949: 354 p.
15. **MacQueen J.** Some Methods for Classification and Analysis of Multivariate Observations. Proc. Fifth Berkeley Symp. Math. Stat. and Probab. 1967;1.:281–97.
16. **Szondi L.** Lehrbuch der experementellen Triebdiaagnostik. Bern.: Huns Huber;1972: 337 p.

*Received 25.07.2014*