

DOI 10.26886/2414-634X.2(38)2020.14

UDC 159.923.2:001.8

**THEORETICAL BACKGROUND FOR THE STUDY OF THE
EMOTIONAL SPHERE OF ADOLESCENTS WITH VISUAL
IMPAIRMENTS**

M. A. Sadova, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor

<http://orcid.org/0000-0002-4297-7317>

Odessa Institute of Interregional Academy of Personnel Management
Ukraine, Odessa

sadova83@ukr.net

The article deals with the essence of theoretical prerequisites for the study of the emotional sphere of adolescents with visual impairments: the author deals with the phenomenon of the emotional sphere of personality in general from the point of view of psychology; determined emotional disorders in sick people in terms of scientific theories and conceptual provisions: the emotional sphere of adolescents with reduced vision is theoretically substantiated; the conclusions of the theoretical analysis of the studied problem are presented.

Keywords: emotional sphere, sensory pathology, myopia, hypermetropia, astigmatism.

Доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри, Садова М. А. Теоретичні передумови дослідження емоційної сфери підлітків з порушеннями зору / Одеський інститут міжрегіональної Академії управління персоналом Україна, Одеса

В статті розкрито сутність теоретичних передумов дослідження емоційної сфери підлітків з вадами зору: автором розглянуто феномен емоційної сфери особистості загалом з погляду психології; визначено емоційні розлади у хворих людей з точки зору наукових теорій та концептуальних положень: теоретично обґрунтовано емоційну сферу підлітків із зниженим зором; подано висновки теоретичного аналізу досліджуваної проблеми.

Ключові слова: емоційна сфера, сенсорна патологія, міопія, гіперметропія, астигматизм.

Доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры, Садовая М. А. Теоретические предпосылки исследования эмоциональной сферы подростков с нарушениями зрения / Одесский

*институт Межрегиональной академии управления персоналом
Украина, Одесса*

В статье раскрыта сущность теоретических предпосылок исследования эмоциональной сферы подростков с нарушениями зрения: автору рассмотрено феномен эмоциональной сферы личности в целом с точки зрения психологии; определены эмоциональные расстройства у больных людей с точки зрения научных теорий и концептуальных положений: теоретически обоснованно эмоциональную сферу подростков с пониженным зрением; представлены выводы теоретического анализа исследуемой проблемы.

Ключевые слова: эмоциональная сфера, сенсорная патология, миопия, гиперметропия, астигматизм.

Постановка проблеми. Дослідження людини зі зниженим зором, без сумніву, є актуальною темою для вивчення як медиками, так і психологами. Адже специфіка формування внутрішньої картини хвороби має дуже важливе значення для розуміння суб'єктивного світу клієнта, його внутрішніх переживань і, як наслідок, його специфічних реакцій. Це знання надасть можливість спеціалістам ефективніше підходити до лікування хворої людини, а, можливо, і профілактики цих порушень. Внутрішня картина хвороби істотно відрізняється від зовнішньої картини хвороби, що пояснюється індивідуально-психологічними особливостями кожної людини, яка як через лінзу переломлює зовнішній світ своєю емоційною сферою, створюючи свою віртуальну модель сприйнятого. Проте однаковість органічних симптомів певного виду патології формує схожий стиль внутрішньої картини хвороби, який якісно відрізняється від внутрішньої картини хвороби при іншому виді патології.

Аналіз останніх досліджень. Різні вчені досліджували специфіку хворих з порушеннями рефракції (Григор'єва Г.В., Солнцева Л.І., Момот В.А., Ганзена В., Бліннікова І.В., Неумивакін А.Я.). При цьому істотно змінюється структура психологічних особливостей цієї категорії дітей. У зв'язку з цим актуальною проблемою є вивчення методів корекції емоційної сфери підлітків з порушеннями зору, оскільки виникає необхідність у перегляді сучасної терапевтичної тактики з введенням у її комплекс психологічних методів лікування. Крім того, проблема особистісного розвитку підлітків із зниженим зором прямо

пов'язана з проблемою комфортності існування, успішністю соціальної адаптації та інтеграції в суспільство. Усе вищевикладене стало основою для виконання даної роботи.

Метою нашої роботи є теоретично обґрунтувати проблему емоційної сфери підлітків зі зниженим зором.

Не дивлячись на те, що емоції і відчуття добре відомі переважній більшості людей, формально визначити їх вельми непросто. Утруднення в перекладі їх змісту науковою мовою пов'язані з глибоко суб'єктивним характером переживання емоційних реакцій, станів і відчуттів і відсутністю їх аналогів в інших психічних явищах. В яких би термінах ми не намагалися виразити наші емоції і відчуття, як би повно ми це не робили, завжди залишається щось, що не піддається опису [6, с. 109].

Посилання на такі фізіологічні прояви, як серцебиття, пошестішання дихання, пітливість або м'язове тремтіння або такі зміни в психічній сфері, як втрата чіткості сприйняття послідовності мислення, загострення або притуплення відчуттів, або на ситуацію, що викликала ту або іншу емоцію, частково передають внутрішні переживання емоцій, але цілісний характер і окремі, іноді дуже важливі, нюанси переживань в таких описах можуть втрачатися. Саме тому люди витрачають так багато слів і часу для виразу того, що можна емоційно пережити в лічені секунди [5, с. 86].

Невимовність емоції за допомогою мовних засобів пов'язана з їх принципово різною природою: мова дискретна, переривиста, тоді як емоції градуальні, безперервні. Саме тому для передачі емоційних станів люди винаходять відмінні від мови засоби, які володіють властивостями цілісного обхвату того, що відбувається і безперервністю змін - це «мова» мистецтва. У пізнанні людиною емоцій і відчуттів мистецтво і наука взаємно доповнюють одне одного. Психологія тому – і наука, і мистецтво. Наукова психологія за допомогою мови науки формально визначає психічні явища і досліджує їх, ґрунтуючись на цих визначеннях; психологія як мистецтво – це практична психологія, де розуміння іншої людини побудоване на використанні всіх доступних засобів взаємодії, у тому числі і таких лінгвістичних засобів, як інтонація, міміка, жестикуляція, пози тощо [3, с. 238].

Перш ніж формально визначити емоції, проведемо аналіз, в яких ситуаціях емоції виникають і які умови для цього необхідні. Такий

аналіз неминуче покаже, що однією з найважливіших умов для виникнення емоцій є наявність якоїсь подробиці, бажання або інтересу. Людей залишають байдужими предмети і ситуації, які не виражають наших інтересів і потреб. Люди сміються, плачуть, турбуються, обурюються, дивуються, люблять, випробовують неприязнь і т.д. тільки тоді, коли хочуть що-небудь отримати або чого-небудь уникнути, коли отримують несподівано багато або дуже мало з того, що хочуть, або коли їм не вдається отримати те, чого вони бажають, або ж на них звалюється багато що з того чого вони намагалися всіляко уникнути [2, с. 143].

Сама ситуація, що містить обіцянку виконання наших бажань або загрозу їх невиконання, або навіть загрозу появи небажаного, або обіцянка невиконання небажаного викликає відповідні емоції. Особливо сильні емоції людина випробовує у зв'язку з фундаментальними потребами, задоволення яких має життєво важливе значення – це потреби в самозбереженні, розвитку при встановленні родовідних відносин між емоціями і психікою. Основна властивість психіки – віддзеркалення дійсності – повинно бути присутнім і у визначенні емоцій [3, с. 111].

Проблема психології хвороби була визнана давно. У вітчизняній науці вона вивчалась як психологами і медиками, так і психофізіологами (М. Я. Мудров (1820), Р. А. Лурія (1944), Л. Л. Рохлін (1957), Л. С. Виготський та ін.). Розглядалась вона у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге – впливу соматичних факторів на психіку хворого. Як було виявлено, фізична хвороба змінює психічний стан індивіда, а він, у свою чергу, може викликати соматичну патологію. Тобто тут діє механізм "замкнутого кола" (В.В.Ніколаєва). "Сутність прояву цього механізму полягає в тому, що порушення, яке виникає первинно, скажімо, в соматичній сфері (але, можливо, і в психічній) викликає психопатологічні реакції, а останні виявляються причиною подальших соматичних змін. Так по "замкнутому колу" і розгортається цілісна психосоматична картина захворювання" [4, с. 117].

Справжнє наукове пояснення психосоматичних взаємозв'язків обґрунтовано І. П. Павловим. Він зазначав: "...не можна відмежовувати психічне від соматичного, треба завжди йти шляхом фізіологічного обґрунтування реакцій цілісного організму" [9, с. 230].

Вони виділяють два види патогенних впливів соматичної хвороби на психіку: соматогенний (шляхом інтоксикаційних впливів на центральну нервову систему) і психогенний (гостра реакція особистості на хворобу та її наслідки) [5, с. 113].

Психологів цікавить саме психогенний фактор тому, що він присутній при всіх соматичних захворюваннях на відміну від соматогенного (наприклад, інфекційні хвороби).

Дуже важливо враховувати індивідуально-психологічні особливості особистості для точного визначення діагнозу, лікування, реабілітації, догляду за хворими, їх зміни на всіх стадіях хвороби. Від цього залежить і успішність одужання пацієнта [3, с. 115].

Ще в роботах школи В. М. Бехтерева був зібраний багатий конкретний матеріал особливостей асоціативної діяльності, мислення, мови, уваги, розумової працездатності у різних категорій хворих порівняно із здоровими людьми відповідного віку, статі та освіти. В.М. Бехтерев дотримувався принципу особистісного підходу: „...Особистість хворого і її відношення до експерименту нітрохи не залишаються експериментатором без уваги... Все, що може дати об'єктивне спостереження за хворим, починаючи з міміки і закінчуючи заявами і поведінкою хворого, повинно бути прийняте до уваги... оцінюване у зв'язку з усіма умовами експерименту, не виключаючи і безпосередньо передуючих досвіду” [1, с. 43].

Цілісне вивчення особистості, а не її окремих властивостей - основна суть особистісного підходу в медичній психології.

В сучасній науці погляд на особистість хворого невід'ємно пов'язаний із здоровою особистістю хоча б в минулому і, можливо, в майбутньому. А теперішній стан пацієнта взаємопов'язаний із обома чинниками в їх детермінуючій єдності.

Як зазначала Б. В. Зейгарнік, в основі формування особистості хворої людини лежать "психологічні закономірності (механізми), у більшості схожі із закономірностями нормального психічного розвитку. Але хворобливий процес створює особливі, що не мають аналогів у нормальному розвитку, умови функціонування психологічних механізмів, які призводять до викривленого патологічного розвитку особистості" [2, с. 192].

Хвороба лише біологічна передумова зміни особистості. У 1880 році відомий російський психіатр Б. Д. Карвасарський казав: „Хворобливий стан – це те ж саме життя... але тільки при змінених

умовах” [8, с. 123]. І вона підлягає тим же закономірностям нормального розвитку особистості.

Тож можна відзначити, що особистість хворого – це змінена особистість здорової людини. Нормою її вже назвати не можна, бо порушується багато механізмів психіки, а якісної патології ще немає. Вона є проміжною між нормою і патологією. При певних несприятливих умовах може виникнути аномалія, а при сприятливих – повернення до норми, при цьому можливо, що існуючий стан не зміниться [3, с. 140].

Безпосередньо діючи на головний мозок, соматогенні шкідливості викликають порушення у нервово-психічній сфері. Це так звані соматогенії.

По-друге, хвороба створює особливу важку життєву ситуацію, в яку потрапляє хвора людина. Об'єктивна ситуація, що виникає у житті хворого в результаті його хвороби, включає в себе багато різноманітних моментів: це і процедури обстеження, і спілкування з лікарями, і нові відносини, що виникають у сім'ї, на роботі; це і сама ситуація лікування. Ці та інші моменти накладають відбиток на власну оцінку хвороби і формують відношення до захворювання. Переробка цієї інформації, що йде від окремих ситуацій і надає суб'єктивній картині хвороби цілісного, структурованого характеру [7, с. 120].

Задача вивчення суб'єктивної сторони захворювання була поставлена ще в позаминулому столітті в працях М. Я. Мудрова: „Щоб вірно лікувати хворого, потрібно взнати, по-перше, самого хворого у всіх його відношеннях, потім потрібно намагатись узнавати причини, що на його тіло і душу впливають, на кінець, потрібно досягнути все коло хвороби, і тоді хвороба сама скаже ім'я своє, відкриє внутрішню властивість свою і з'явить зовнішній вид свій” [1, с. 64].

Починаючи з праць М. Я. Мудрова намітився цілісний підхід у дослідженні хворого, який передбачає ретельне вивчення і вірне розуміння ролі особистості при виникненні того або іншого захворювання, що забезпечує більшу ефективність як у вивченні етіології і патогенезу хвороби, так і в організації лікування і профілактики захворювань [5, с. 80].

Наголошуючи на необхідності цілісного підходу до хворого, Ф. В. Бассін відмічає, що хвороба як процес залежить не тільки від зовнішніх, але і від внутрішніх, суб'єктивних моментів, від особистості хворого, від його емоційних переживань.

У зв'язку із появою праць по вивченню суб'єктивної сторони захворювання було введено цілий ряд термінів, які розкривають особливості відображення хвороби у психіці людини. А. Гольдшейдером було введено поняття „аутопластична картина хвороби”, Є. А. Шевальовим, В. В. Ковальовим – „переживання хвороби”, Є. К. Краснушкіним – „почуття хвороби”, Л. Л. Рохліним – „усвідомлення хвороби”, „відношення до хвороби”, Д. Д. Федотовим – „реакція на хворобу”, Є. А. Шевальовим, О. В. Кербіковим – „реакція адаптації”, Я. П. Фрумкіним, І. А. Мізрухіним, М. В. Івановим – „позиція до хвороби”, В. М. М'ясищевим, С. С. Лібіхом – „концепція хвороби”, „масштаб переживання хвороби” [9, с. 100].

Переживання хвороби, за визначенням В. В. Ковальова, виступає як загальний чуттєвий і емоційний фон, на якому проявляються відчуття, уявлення, психогенні реакції то інші психічні утворення, пов'язані із хворобою. Автор підкреслює, що поняття „переживання хвороби” не ідентичне поняттю „свідомості хвороби”, хоча і тісно пов'язане з ним. Він виділяє 6 основних типів переживання хвороби: депресивний, дистимічний, іпохондричний, фобічний, істероїдний, ейфорично-анозогнозичний [4, с.105].

Л. Л. Рохлін вказує на те, що в боротьбі із хворобою відношення хворого до свого захворювання має важливе значення. У це поняття входять сприйняття хворим своєї хвороби, її оцінка, пов'язані з цим переживання та дії. У структуру відношень до захворювання входять судження з приводу хвороби та комплекс безпосередньо викликаних хворобою переживань [6, с. 15].

Як відомо, особистість хворого - змінена особистість здорової людини. В. В. Ніколаєва виділяє ряд критеріїв, за якими особистість хворого визначається як змінена. Вона запропонувала „внутрішню, або аутопластичну картину хвороби”, яка включає чотири рівні:

- 1) чуттєвий, рівень відчуттів;
- 2) емоційний, пов'язаний із різними видами реагування на окремі симптоми хвороби, захворювання в цілому і його наслідки;
- 3) інтелектуальний, пов'язаний із уявленнями, знаннями хворого про свою хворобу, роздуми про її причини і можливі наслідки;
- 4) мотиваційний, пов'язаний із певним відношенням хворого до свого захворювання, із зміною поведінки га образу життя в умовах хвороби і актуалізацією діяльності і по поверненню і збереженню здоров'я [4, с. 99].

Клінічні прояви зміненої особистості носять різноманітний характер. Вони можуть проявлятися у вигляді зміни емоцій (депресія, ейфорія), у вигляді порушень мотиваційної сфери (апатія, бездумність), у вигляді порушень відношення до себе і оточуючих (порушення критики, зміна підконтрольності), у вигляді порушень активності (аспонтанність).

У соматичних хворих може спостерігатися нарощення егоцентричного змісту ведучого мотиву, особливо при іпохондричних змінах особистості. Особливістю ієрархічної структури мотиваційної сфери можуть бути жорстока підкореність діяльності одному мотиву [6, с. 228].

На початкових етапах захворювання настає виділення мотиву „збереження життя”, „одужання”, який є ситуативно зумовленим. Він актуалізується тільки в періоди різкого погіршення стану: хворі починають активно обстежуватись, обмежувати свою активність, додержуватися нового режиму життя, контролювати дієту, слідкувати за результатами аналізів, шукати нові методи лікування.

При переході до хронічного захворювання у хворих настає зміна емоційного стану. Різко змінюється загальний настрій, поведінка хворих. Звужується коло їх інтересів, вони часто повністю занурюються у хворобу, стають роздратованими, конфліктними, починають негативно відноситись до обстеження. Такі зміни засвідчують про початок перебудови мотиваційної сфери особистості, коли набуває смислоутворюючого значення мотив збереження життя. Необхідно підкреслити, що першим сигналом подібної перебудови є виникнення нового за своєю якістю емоційного стану [9, с. 127]. В силу своєї великої вітальної значимості мотив; збереження життя швидко виділяється серед інших і стабілізується, стає центральним, підкоряючи собі всі інші мотиви.

Отже, як ми бачимо, питання емоційного переживання хвороби досить добре розглянуте у вітчизняних медико-психологічних дослідженнях і має давню історію.

Порушеннями функції гостроти зору займається офтальмологія - галузь медицини. Найбільш розповсюджені захворювання – це міопія (короткозорість), гіперметропія (далекозорість), астигматизм (заломлююча система ока відрізняється в різних меридіанах), косоокість. Основними симптомами цієї групи захворювань виступають: зниження розділової здатності ока, точності, повноти і швидкості сприйняття, що утрудняє і уповільнює пізнавання предметів і

зображень [2, с. 22]. Психічні зміни особистості при цих захворюваннях також багато в чому схожі.

Зниження зору у людини приводить до певної перебудови психіки і поведінки. На початкових етапах цей процес супроводжується різкими, негативними психологічними проявами, наявністю внутрішнього дискомфорту. У психології будь-якої людини, страждаючої захворюваннями органів зору, незалежно від ступеня загрози втрати зору, завжди настає побоювання і навіть страх стати сліпим. Так, наприклад, деякі захворювання (природжена міопія, гіперметропія, астигматизм, косоокість), практично не позбавляючи хворих зору, породжують складну систему переживань, ведучих до порушення звичного життєвого стереотипу, утруднення адаптації. У деяких хворих після ознайомлення з діагнозом відразу ж виникають стани пригніченості, тривоги, страху. Ці психологічні зрушення носять досить затяжний характер: від декількох тижнів до двох-трьох років. Крім того, зниження зору значно змінює життєвий стереотип, приводить до реконструкції особи хворого [9, с. 113].

На основі аналізу досліджень багатьох авторів Г. Н. Ситін виділив наступні особистісні особливості хворих на міопію: підвищена емоційна збудливість, підвищена нерішучість і сором'язливість, ранимість, вразливість, підвищена чутливість, недостатня фантазія; та уява, невпевненість у своїх силах, зовнішня прихованість емоцій [8, с. 123].

Григор'єва Л. П. разом із Сташевским С. В. провели дослідження хворих на міопію та гіперметропію за допомогою опитувальника Шмішека [7, с. 33]. Дані свідчать, що для хворих з цією патологією характерна акцентуація рис характеру по шкалі гіпертимності, афективності, лабільності, тривожності, циклотимності, демонстративності і підвищена реактивність. Наступний етап дослідження передбачав порівняння особливостей пацієнтів до хвороби і після її виникнення. Так, автори роблять висновок, що хворі на міопію мають певні акцентуації характеру, як до захворювання, так і після, підтверджуючи припущення про особистісну схильність до захворювання.

Вивчення особливостей фрустрації особистості хворих на міопію за допомогою методу малюнкових асоціацій Розенцвейга проведено О. Таран [5, с. 132]. Висновки, зроблені автором свідчать, що: по-перше, у цих хворих переважаючим типом реакції на конфліктну ситуацію є

самозахисний, а по спрямованості реакції – екстрапунітивний; по-друге, хворих зі спадковою схильністю до цієї хвороби мають більш акцентовані риси особистості, що зумовлюють характерні реакції на конфліктні ситуації.

Інше дослідження, яке проводив В. Ганзен проводилось також над хворими з міопією за допомогою трьох методик, куди входили: опитувальник Айзенка; опитувальник MHQ (Middlesex Hospital Questionnaire), який вивчає рівень анксіозності, депресії, соматизації, тривоги, істерії, нав'язливості і фобій; опитувальник HDHQ (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire), що визначає тип реагування (інтра- або екстрапунітивність) [2, с. 55]. Проведене експериментально-психологічне дослідження виявило, що хворі на міопію відрізняються високим нейротизмом, тривогою, соматизацією тривоги, депресією, obsесивно-фобічним реакціями.

Дані, що стосуються експериментальних досліджень емоційної сфери дітей і підлітків вельми обмежені. Так, І.В.Бліннікова відмічає певні риси характеру хворих на міопію, гіперметропію і астигматизм. Серед цих хворих є особи з бурхливими емоційними реакціями, категоричністю суджень, прямолінійністю при оцінюванні вчинків оточуючих. Але свої емоційні переживання вони не завжди проявляють зовні. Часто зустрічаються похмурі, завжди всім незадоволені, недовірливі люди. Усі хворі дратівливі, часто конфліктують. У них спостерігається депресія, що має різний ступінь виявлення, від легкої до апатичної (при міопії) [7, с. 43].

Деякі підлітки особливо погано відчувають себе в товаристві зрячих. В одних підлітків іноді виникають сенситивні ідеї відношення. У інших можуть формуватися виразні риси егоїзму, егоцентризму. Вони дотримуються формальних правил розпорядку, тримаються зарозуміло, не терплять зауважень, переоцінюють власні можливості.

При вивченні змін особи підлітка із зниженим зором останніми роками доведено, що найбільш характерними психологічними особливостями є надцінні ідеї збитковості, обумовлені зниженням зору. Це чіткіше виступає в осіб із зниженням зору придбаним, ніж уродженим.

Таким чином даних відносно дослідження емоційної сфери підлітків зі зниженим зором, що дають уявлення про різні аспекти їх психіки майже відсутні. Але існує певна розбіжність у висновках дослідників пацієнтів дорослого віку.

Висновки. Отже, підводячи підсумок роботи, ми можемо стверджувати, що вивчення емоційної сфери підлітків зі зниженим зором – це дуже складний розділ психології і медицини.

Аналіз та узагальнення теоретичного та практичного досвідів вітчизняних та зарубіжних досліджень, присвячених дослідженню феномена емоційної сфери підлітків зі зниженим зором та її корекції показали, що не дивлячись на актуальність проблематики данні про особливості емоційної сфери підлітків зі зниженим зором відсутні, також і методики корекційної роботи в цьому напрямку. Саме ці положення, на яких акцентували увагу представники російської та зарубіжної психології, були визначальними при проведенні нашого дослідження.

Оскільки ми притримувалися точку зору, що емоції відіграють в процесі розвитку особистості підлітків важливу роль (як характеристика особистості), то багато уваги в теоретичній частині роботи було присвячено саме феномену емоції – розумінню її природи та сутності представниками різних напрямків та сфер досліджень. Розглянувши основні психологічні характеристики емоційної сфери особистості підлітків, ми окремо зупинилися на розгляді емоційної сфери підлітків зі зниженим зором.

Головне питання, на яке ми прагнули дати відповідь в емпіричній частині нашого дослідження – які особистісні характеристики емоційної сфери притаманні підліткам зі зниженим зором і які корекційні методи мають найбільш позитивний вплив на них.

Підлітки з порушенням зору по-справжньому переживають свою фізичну недосконалість. Наявність у них недоліків зору та усвідомлення своєї відмінності від тих людей, що нормально бачать, набуває особистісного сенсу.

Література:

1. Григорьева Л.П. Сташевский С.В. (1990). *Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения*. М., Изд-во АПН СССР, 213 с.
2. Изард К. (2018). *Психология эмоций*. СПб., Питер, 687 с.
3. Ильин Е. П., Пономарева М. С. (2011). Возрастно-половая динамика базовых эмоций. *Ананьевские чтения: Тезисы научно-практической конференции*. (Октябрь, 29-30, 2011, г. Санкт-Петербург), 2, С. 100-104.

4. Марр Д. (2017). *Зрение. Информационный подход к изучению представления и обработки зрительных образов*, Пер. с англ. М., Радио и связь. 400 с.
5. Момот В.А. 2014. Выбор методик исследования психического статуса инвалидов с нарушениями зрения (в условиях реабилитационного центра). *Психологическая наука и образование*. № 4. С. 95-104.
6. Прихожан А. М. (2015). *Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика*. М., Московский психолого-социальный институт, 459 с.
7. Таран О. (2006). Системний підхід у розробці теоретичних засад дослідження Я- концепції слабозорих школярів. *Дефектологія*. №2, С. 43-46.
8. Хьюбел Д. (1990). *Глаз, мозг, зрение: Пер. с англ.* М., Мир, 239 с.
9. Эткин А. М. (1981). Эмоциональные компоненты самоотчетов и межличностных суждений/ *Вопросы психологии*. М., № 2. С. 68-76.

References:

1. Hryhoreva L.P. Stashevskiy S.V. (1990). *Osnovnyye metody razvityia zrytelnoho vospriyatiya u detei s narushenyami zreniya*. Moskva, Yzdvo APN SSSR. [in Russian].
2. Yzard K. (2018). *Psykholohyia emotsyi*. Sant-Piterburg: Pyter. [in Russian].
3. Ylyn E P., Ponomareva M. S. (2011). Vozrastno-polovaia dynamyka bazovikh emotsyi. *Ananevskyye chteniya* [Tezysy nauchno-praktycheskoi konferentsyy]. (October 29-30, 2011, Sant-Piterburg), 2, 100-104 [in Russian].
4. Marr D. Zrenye. (2017). *Ynformatsyonnyi podkhod k yzucheniyu predstavleniya y obrabotky zrytelnykh obrazov: Per. s anhl.* Moskva, Radyo y sviaz. [in Russian].
5. Momot V.A. (2014). Vrybor metodyk yssledovaniya psykhycheskoho statusa ynvalydov s narushenyami zreniya (v uslovyakh reabylytatsyonnoho tsentra). *Psykholohycheskaia nauka y obrazovanye*. Moskva, 24. 95-104. [in Russian].
6. Prykhozhan A. M. (2015). *Trevozhnost u detei y podrostkov: psykhologicheskaya pryroda y vozrastnaia dynamyka*. Moskva, *Moskovskiy psykhologo-sotsyalnii ynstitut*. [in Russian].

7. Taran O. (2006). Systemnyi pidkhid u rozrobsi teoretychnykh zasad doslidzhennia Ya- kontseptsii slabozorykh shkolariv. *[Defektolohiia]*. Kiev. Nauka. [in Ukrainian]
8. Khiubel D. (1990). *Hlaz, mozgh, zrenye: Per. s anhl.* Moskva, Myr. [in Russian].
9. Etkynd A. M. (1981). Emotsyonalnye komponenty samootchetov y mezhlychnostnykh suzhdenyi. *Voprosy psikhologyy*. Moskva, 2. S. 68-76. [in Russian].

Citation: M. A. Sadova (2020). THEORETICAL BACKGROUND FOR THE STUDY OF THE EMOTIONAL SPHERE OF ADOLESCENTS WITH VISUAL IMPAIRMENTS. *Innovative Solutions in Modern Science*. 2(38). doi: 10.26886/2414-634X.2(38)2020.14

Copyright: M. A. Sadova ©. 2020. This is an openaccess article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.