

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ.

АБУЛИЯ – психопатологический синдром, характеризующийся вялостью, отсутствием инициативы и побуждений к деятельности, ослаблением воли. В зависимости от причины абулия может быть кратковременным, периодически возвращающимся или постоянным состоянием. Тяжелая абулия – существенный признак кататонической формы шизофрении, циркулярного психоза. Абулия, как правило, возникает при массивных поражениях лобных долей мозга. Абулия может быть симптомом, указывающим на начальную стадию психического заболевания как у взрослых, так и у детей. Нередко выраженная абулия иногда наблюдается и при некоторых пограничных состояниях.

АГНОЗИЯ – нарушение различных видов восприятия, возникающее при поражении коры головного мозга и ближайших подкорковых структур. Агнозия связана с поражением вторичных (проекционно-ассоциационных) отделов коры головного мозга, входящих в состав коркового уровня анализаторных систем. Поражение первичных (проекционных) отделов коры вызывает лишь элементарные расстройства чувствительности (нарушение сенсорных зрительных функций, болевой и тактильной чувствительности, снижение слуха). При поражении вторичных отделов коры больших полушарий элементарная чувствительность у человека сохраняется, однако он утрачивает способность к анализу и синтезу поступающей информации, что приводит к нарушению различных видов восприятия. Различают несколько основных видов агнозии: зрительные, тактильные, слуховые. Зрительные агнозии возникают при поражении вторичных отделов затылочной коры. Они проявляются в том, что человек – при достаточной сохранности остроты зрения – не может узнать предметы и их изображения (предметная агнозия), различить пространственные признаки объектов, основные пространственные координаты (пространственная агнозия); у него нарушается процесс опознавания лиц при сохранности восприятия предметов и их изображений (агнозия на лица, или прозопагнозия), нарушается способность классифицировать цвета при сохранности цветового зрения (цветовая агнозия), утрачивается способность различать буквы (буквенная агнозия), резко сокращается объем одновременно воспринимаемых объектов (симультанная агнозия). Характер зрительных агнозий определяется стороной поражения и локализацией очага в пределах вторичных корковых полей затылочных отделов больших полушарий и прилегающих к ним теменных и височных областей. Тактильные агнозии возникают при поражении вторичных корковых полей теменной доли левого или правого полушария и проявляются в виде расстройства опознавания предметов на ощупь (астереоагнозия) или в нарушении узнавания частей собственного тела, нарушении схемы тела (соматоагнозия). Слуховые агнозии возникают при поражении вторичных корковых полей височной доли. При поражении височной коры левого полушария слуховая или слухоречевая агнозия проявляется в виде нарушения фонематического слуха, т.е. нарушения способности различать звуки речи, что

приводит к расстройству речи; при поражении височной коры правого полушария (у правшей) возникает собственно слуховая агнозия – невозможность узнавания знакомых немusыкальных звуков и шумов (например, лая собак, скрипа шагов, шума дождя и т. п.) или амузия – невозможность узнавания знакомых мелодий, расстройство музыкального слуха.

АГРАФИЯ - нарушения письма, возникающие при различных расстройствах речи. Проявляются либо в полной утрате способности писать, либо в грубом искажении слов, пропусках слогов и букв, неспособности соединять буквы и слоги в слова и т. д. Аграфия у детей – одно из проявлений алалии – следствие общего недоразвития речи, связанного с органическим поражением мозга. Нередко аграфия у детей обнаруживается при расстройствах речи, связанных с отклонениями в овладении звуковым составом слова, с нарушением звукового анализа слов.

АГРЕССИЯ – мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т. п.). Выделяются следующие виды агрессии: 1) физическая (нападение) – использование физической силы против другого лица или объекта; 2) вербальная – выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание вербальных реакций (угроза, проклятья, ругань); 3) прямая – непосредственно направленная против какого-либо объекта или субъекта; 4) косвенная – действия, которые окольным путем направлены на другое лицо (злые сплетни, шутки и т. п.), и действия, характеризующиеся не направленностью и неупорядоченностью (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топании ногами, битье кулаками по столу и т.п.); 5) инструментальная являющаяся средством достижения какой-либо цели; 6) враждебная – выражается в действиях, целью которых является причинение вреда объекту агрессии; 7) аутоагрессия – проявляющаяся в самообвинении, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений вплоть до самоубийства. Агрессивное поведение является одной из форм реагирования на различные неблагоприятные в физическом и психическом отношении жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и т.п. состояния. Психологически агрессивное поведение выступает одним из основных способов решения проблем, связанных с сохранением индивидуальности, с защитой и ростом чувства собственной ценности, самооценки, уровня притязаний, а также сохранением и усилением контроля над существенным для субъекта окружением. Агрессивные действия выступают в качестве: 1) средства достижения какой-либо значимой цели; 2) способа психологической разрядки; 3) способа удовлетворения потребности в самореализации и

самоутверждении. Психологический аспект агрессии (частично перекрывается понятием социальной агрессии) – приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами. Психологическая агрессия осуществляется путем усвоения норм и ценностей данного общества (как в широком смысле, так и применительно к ближайшему социальному окружению – общественной группе, трудовому коллективу, семье). Основные проявления психологической агрессии – взаимодействие (в т.ч. общение) человека с окружающими людьми и его активная деятельность. Особые трудности психологической агрессии испытывают лица с психическими и физическими недостатками (дефектами слуха, зрения, речи и т.д.). В этих случаях адаптация способствует применению в процессе обучения и в повседневной жизни различных специальных средств коррекции нарушенных и компенсации отсутствующих функций.

АЛАЛИЯ – отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и сохранности возможностей умственного развития. Обычно причинами алалии бывают повреждения речевых зон коры головного мозга, возникающие во время родов, мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни. Различают алалии моторную и сенсорную. При моторной ребенок вообще не может говорить, при сенсорной он не понимает обращенной к нему речи. В тяжелых случаях проявления алалии речь либо отсутствует полностью, либо сохраняется в виде лепета.

АЛЕКСИЯ – нарушения чтения, возникающие при поражении различных отделов коры левого полушария (у правшей), или неспособность овладения процессом чтения. В зависимости от области поражения коры больших полушарий различают несколько форм алексии.

АМИМИЯ – отсутствие или ослабление выразительности лицевой мускулатуры. Амимия возникает при различных заболеваниях нервной системы, локальных поражениях мозга, при некоторых психических заболеваниях как следствие парезов, параличей или расстройств координации движений лицевой мускулатуры.

АНАМНЕЗ – совокупность сведений об обследуемом (больном) и развитии его заболевания. В психиатрии анамнез выступает как средство исследования травмирующих конфликтов на жизненном пути человека и выявления на этой основе причин отклонений в его психическом развитии. Анамнез личности употребляется иногда как синоним понятия “история развития личности”.

АНОМАЛИЯ - ненормальность, неправильность, отклонение от нормы, от общей закономерности развития.

АНОМАЛЬНЫЕ ДЕТИ - дети, имеющие значительные отклонения от нормального физического или психического развития и вследствие этого

нуждающиеся в воспитании и обучении в специальных условиях, которые обеспечивают коррекцию и компенсацию недостатков развития. Такие условия в наиболее адекватной форме создаются в специальных учебно-воспитательных учебных учреждениях.

Наличие у ребенка того или иного нарушения (например, потеря слуха на одно ухо) еще не предопределяет аномального развития. В таких случаях физическое и психическое развитие детей не нарушается, и они не могут быть отнесены к категории аномальных.

За рубежом используются более широкие понятия, объединяющие детей с отклонениями в развитии. Например, понятие "дети с нарушениями" (англ. Handicappedchildren) объединяет всех аномальных детей, детей-инвалидов, а также детей, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями и психическими расстройствами; понятие

"исключительные дети" наряду с теми категориями, которые в отечественной науке обозначаются как "аномальные дети, включает также особо одаренных детей. Основанием для подобных определений служит более или менее выраженное отличие ребенка от массы сверстников. Изучение общих закономерностей развития аномальных детей, разработка методов их обучения и воспитания составляют предмет дефектологии.

Лежащие в основе отклонений дефекты могут быть врожденными и приобретенными. В возникновении врожденных дефектов важную роль играют наследственные факторы, вредные воздействия на плод в период беременности (интоксикация, в т.ч. алкогольная, внутриутробная инфекция, травма), а также асфиксия и родовая травма. Приобретенные аномалии в основном являются последствиями перенесенных в раннем детском возрасте инфекционных заболеваний (менингит, полиомиелит и др.), травм, интоксикаций и др.

Первичное нарушение - снижение слуха, зрения, интеллекта и др. - влечет за собой вторичные отклонения в развитии. Например, первичное поражение слуха искажает развитие устной речи, что в свою очередь приводит к нарушениям познавательного и личностного развития. При любом характере первичного нарушения наблюдается отставание в сроках формирования психических функций и процессов и замедленный темп их развития. Не формируется своевременно ни один вид детской деятельности - предметная, игровая, продуктивная. Существенные отклонения наблюдаются в развитии познавательной деятельности, нарушается процесс общения; аномальные дети плохо овладевают средствами усвоения общественного опыта - пониманием речи, содержательным подражанием, действиями по образцу и по словесной инструкции и т.п.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка; идет процесс

естественной компенсации. Так, у детей, лишенных зрения, развивается способность к оценке расстояния при ходьбе, дистанционное чувство препятствия, слуховая память, способность с помощью осязания составлять представление о предмете. Позитивные проявления своеобразного развития аномальных детей являются одним из оснований для разработки системы специального обучения и воспитания. Опорой приспособления аномальных детей к окружающей среде являются сохранные функции, т.е. функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием сохранных. Развитие аномальных детей в принципе подчиняется тем же закономерностям, что и развитие нормальных детей. Это является основанием для оптимистического подхода к возможностям воспитания и обучения аномальных детей. Но для того, чтобы тенденции развития были реализованы, а само развитие было максимально приближено к нормальному, требуются специальные педагогические воздействия, имеющие коррекционную направленность и учитывающие специфику дефекта.

Педагогическое воздействие, в первую очередь, направлено на преодоление и предупреждение вторичных дефектов. Последние в отличие от первичных нарушений, имеющих в своей основе органические повреждения, легче поддаются педагогической коррекции. С помощью педагогических и технических средств может быть достигнута также значительная компенсация - восстановление или замещение - нарушенной функции.

В дефектологии разработана теория обучения аномальных детей - специальная дидактика. В ее основе лежат общие дидактические принципы, которые приобретают определенную специфику в зависимости от характера дефекта у той или иной категории аномальных детей. Например, принцип наглядности соблюдается и применительно к детям с нарушениями зрения, однако при его реализации в учебную деятельность включается не пораженный зрительный анализатор, а органы осязания, слуха и др.

В ряде зарубежных стран широко используется так называемое интегрированное обучение аномальных детей в массовых школах. Нередко это приводит к тому, что аномальные дети оказываются в неравном положении с их нормально развивающимися сверстниками, поскольку усваивают учебный материал в более медленном темпе и нуждаются в специальных вспомогательных средствах.

Продуктивным и приемлемым, вероятно, следует считать такой подход, при котором наиболее способные дети с нарушениями слуха, зрения или двигательной системы (прежде всего с легко выраженными нарушениями) могут обучаться в обычных общеобразовательных школах, если они при наличии специальных средств индивидуального пользования успевают за темпом обучения остальных детей. Но и в этих случаях им необходима

помощь педагога-дефектолога. Для большинства аномальных детей общеобразовательная, трудовая и профессиональная подготовка обеспечивающая социальную адаптацию и интеграцию, может быть эффективно осуществлена в условиях специальной школы, где возможны наиболее полная реализация в учебном процессе специальной методики, коррекционной направленности и сочетание учебно-воспитательной и лечебной работы.

В зависимости от вида аномалии выделяются основные категории аномальных детей: дети с нарушениями зрения, дети с нарушениями слуха, дети с нарушениями интеллекта, дети с нарушениями речи, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дети с эмоциональными нарушениями, а также дети со сложными видами нарушений; некоторые из основных категорий в зависимости от структуры дефекта, степени его выраженности и времени возникновения подразделяются на несколько типов.

АРТИКУЛЯЦИЯ – совместная работа речевых органов, необходимая для произнесения звуков речи. Артикуляция регулируется речевыми зонами коры и подкорковыми образованиями головного мозга. Для правильной артикуляции каждого звука необходима определенная система движений органов речи, которая формируется под влиянием слухового и кинестезического (речедвигательного) контроля за правильностью произношения, осуществляемого по механизму обратной связи. Разные языки при некоторых элементах сходства артикуляции имеют и свои характерные особенности, причем часто сходные звуки артикулируются в разных языках различно (русское "м", английское и немецкое "t"; русское "е", "э" и "е" в западноевропейских языках и т. д.). Формирование правильной артикуляции тесно связано с развитием фонематического слуха. Его недоразвитие или общее нарушение (у слабослышащих) затрудняет овладение правильной артикуляцией. Искажением произношение речевых звуков может быть обусловлено нарушением центральной нервной регуляции мышц органов речи, возникающим при поражении нижних отделов постцентральной области коры левого полушария, а также вследствие дефектов самого артикуляционного аппарата.

АРТТЕРАПИЯ - один из видов психотерапии, лечение приобщением к искусству. С этой целью с больным либо обсуждаются произведения искусства, либо используются переживания творца - искусство служит для больного возможностью самовыражения, от реагирования, отвлекающим средством. К арттерапии относятся библиотерапия, музыкотерапия, кинотерапия и т.д.

АСТЕНИЯ - болезненное состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, истощаемостью, неспособностью к длительному умственному и физическому напряжению. Может быть обусловлена

перенесенными заболеваниями (например, острые инфекции, ревматизм), физические и психические перегрузки, а также функциональными или органическими нарушениями функций головного мозга (чаще вследствие перенесенного заболевания, черепно-мозговой травмы и др.).

Эмоциональные нарушения выражаются чертами "раздражительной слабости": повышенной чувствительностью с обидчивостью, ранимостью, плаксивостью (чаще у девочек) или раздражительностью, вспыльчивостью; иногда - властностью, пассивностью. Чаще наблюдается пониженное настроение с ощущением физического дискомфорта.

Интеллектуальная истощаемость проявляется в неспособности к длительной концентрации внимания, в снижении памяти, замедлении темпа интеллектуальной деятельности. Кроме того, дети страдающие церебрастенией, плохо переносят жару, яркий свет, шум, жалуются на головные боли; у них нарушаются аппетит и сон; к концу учебного дня (недели, четверти) падает работоспособность.

Длительная астения (церебрастения) может сопровождаться задержкой психического развития; в этих случаях дети нуждаются в специальных формах обучения.

АУТИЗМ – отгороженность от окружающих, погружение больного в мир собственных переживаний. С больным трудно вступить в общение. Аутизм ("преобладание внутренней жизни") определяется группой необычных симптомов, проявляющихся в нескольких сферах жизни человека до достижения им трехлетнего возраста. При этой форме заболевания возникают нарушения познавательной способности. После кажущегося нормального развития ребенка может наступить резкое ухудшение. Физическое развитие обычно нормальное, но ребенок часто склонен к длительному повторению одного и того же движения. Как правило, оказывается нарушенным и сенсорное восприятие. Иногда таким больным ставится диагноз нарушения слуха, однако на самом деле они могут воспринимать выборочные звуки, ничего не значащие для нормального человека, или пребывать в состоянии поглощенности созерцанием отдельного предмета. Речь может отсутствовать полностью или быть очень запоздалой, часто дети неосознанно повторяют услышанные слова или фразы. В результате перечисленных недостатков можно отметить плохую приспособляемость таких больных к окружающей обстановке.

Дети живут как бы в своем собственном мире. Хотя аутизм является довольно редким заболеванием, его симптомы настолько тяжелы и проявляются в таком раннем возрасте, что таких детей очень часто помещают в специализированные клиники.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА – психотерапевтический метод широкого профиля, используемый для лечения заболеваний как функционального, так и органического характера. Применяется также как средство психологической саморегуляции состояний. Основан на использовании

приемов самовнушения, элементов восточных техник медитации и погружения в релаксационное состояние. Направлен на овладение навыками произвольного вызывания ощущений тепла, тяжести, покоя, расслабления и на этом фоне нормализации / активизации протекания основных психофизиологических функций. Классический метод аутогенной тренировки разработан немецким психотерапевтом И.Г. Шульцем (1932).

Широкое внедрение аутогенной тренировки в клиническую практику началось в 50-х гг. прежде всего для лечения неврозов, депрессивных состояний, психосоматических заболеваний. С конца 60-х гг. аутогенные тренировки используются для психологической профилактики и коррекции неблагоприятных состояний в разных видах профессиональной деятельности и в спорте. Существующие в настоящее время многочисленные модификации аутогенных тренировок разрабатывались в двух направлениях: 1) совершенствование классического варианта и 2) расширение набора средств саморегуляции, включаемых в комплекс релаксационных воздействий. Работы второго направления привели к своеобразной потере специфичности в научной трактовке аутогенных тренировок, которая часто оказывается синонимичной терминам “методы релаксации” или “методы психологической саморегуляции”. В традиционном понимании главным элементом аутогенной тренировки является формирование способности вызывать желаемые органические и психические эффекты с помощью вербальных формулировок (формул самовнушения) и оперировать ими в соответствии с заранее заданной целью (расслабление, засыпание, активизация, снятие негативных эмоциональных переживаний и пр.). Необходимым условием этого является концентрация внимания на сфере собственных ощущений и переживаний, самонаблюдение за протеканием внутренних процессов и представление желаемого изменения. В ходе курса занятий аутогенных тренировок формируются устойчивые связи между формулами самовнушения и возникновением определенных изменений в соответствующих психофизиологических системах.

Действенность таких связей зависит от развития навыков самонаблюдения, индивидуально используемых систем образных представлений и идеомоторных актов.

АУТОТРЕНИНГ (аутогенная тренировка) - комплекс специальных упражнений, основанных на саморегуляции поведения и самовнушении. Аутотренинг используется человеком для управления собственными психическими состояниями и поведением.

АФАЗИЯ – нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных видов речевой деятельности. Проявляется в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической

структуры речи и понимания обращенной речи при сохранности элементарных форм слуха и движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение.

АФФЕКТИВНЫЕ ДЕТИ – дети, у которых в силу постоянного неудовлетворения каких-либо существенных для них потребностей возникают и становятся достаточно устойчивыми тяжелые эмоциональные переживания и связанные с ними формы поведения. Характеристика А.д зависит от содержания неудовлетворенной потребности и ее соотношения с другими потребностями ребенка и всей его личностью. Одни дети, пытаясь сохранить привычную самооценку, отвергают постигший их неуспех: причину его возникновения они приписывают не зависящим от них обстоятельствам, обвиняют окружающих и при этом не только не снижают, но могут даже и повышать уровень своих притязаний. У таких детей наблюдаются проявления бравады, заносчивости, фрондирование, агрессивное поведение, излишнее стремление к самоутверждению. Другие дети, напротив, стремятся достичь успеха за счет постановки более легких, заведомо достижимых для них целей. Эти дети характеризуются неуверенностью в себе, боязнью разочарования в своих возможностях. Они отличаются повышенной обидчивостью, подозрительностью, ранимостью и т.п. Длительное сохранение аффективных переживаний и аффективных форм поведения приводит к тому, что последние закрепляются и становятся относительно устойчивыми чертами характера. Правильное с педагогической точки зрения разрешение внутреннего конфликта предполагает приведение в соответствие самооценки и уровня притязаний ребенка с его реальными способностями. Опыт педагогической работы с А.д. показывает, что, если педагогическое вмешательство осуществлено своевременно, оно предупреждает развитие у детей аффективных форм поведения. В противном случае даже снятие аффективных переживаний не уничтожает закрепившихся форм поведения, и теперь уже требуется длительная работа по перевоспитанию детей.

БИБЛИОТЕРАПИЯ - метод психотерапии, основанный на педагогических дидактических принципах. Осуществляется при помощи книг, в первую очередь, художественных. Задача - лечебное воспитание и перевоспитание личности больного воздействием художественного, эмоционального и психологического мастерства писателя, показывающего пути разрешения присущих больному конфликтных, невротических ситуаций. Разработана классификационная схема психогенных реакций, в соответствии с которой составлены каталоги литературы. При подборе книги учитываются максимальное сходство ситуации, описываемой в книге, с ситуацией, сложившейся у больного, и степень доступности этой книги больному.

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА - медицинское учебно-воспитательное

учреждение для умственно-отсталых детей. В Российской Федерации школы этого типа относятся к государственным образовательным учебным заведениям и находятся в ведении органов образования. Основной тип вспомогательных школ - школы-интернаты.

Основной контингент учащихся вспомогательных школ - дети, страдающие олигофренией в степени дебильности и другими нарушениями, перечень которых определен инструкцией о приеме детей во вспомогательные школы. Дети направляются во вспомогательные школы на основании заключения медико-педагогических комиссий (районной, областной, городской). Документы для медико-педагогического обследования представляются в комиссию органами народного образования.

Гемипарез – неполный паралич одной половины тела.

Гемиплегия – паралич половины тела.

Гидроцефалия – водянка головного мозга – одновременное или изолированное расширение желудочков и субарахноидальных пространств головного мозга. Причины – дефекты внутриутробного развития мозга, возникающие вследствие заболеваний матери во время беременности, родовая и внутриутробная травма, воспалительные изменения оболочек мозга во внутриутробном периоде, приводящие к нарушению проходимости ликворных коммуникаций и нарушению всасывания ликвора. Признаками заболевания является характерно быстрое нарастание размеров головы, напряжение родничков. Уже в первые месяцы появляются, а в дальнейшем нарастают явления спастического тетрапареза. В некоторых случаях головка ребенка увеличивается медленно и уже к году наступает спонтанное излечение, в других – процесс затягивается на более продолжительный срок.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТСКАЯ. Синонимы: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, гипердинамический синдром. Г. у детей проявляется несвойственными для нормального, соответствующего возрасту, развития ребенка невнимательностью, отвлекаемостью, импульсивностью и гиперактивностью. Г. Вейс (1991) считает наиболее характерными следующие нарушения при Г.д: неуместную избыточную активность, дефекты концентрации внимания, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, проблемы во взаимоотношениях с окружающими, нарушения поведения, трудности обучения, слабую успеваемость в школе, низкую самооценку. При этом общий уровень интеллектуального развития таких детей соответствует норме. Первые появления Г.д. наблюдаются в возрасте до 7 лет. Причины остаются недостаточно выясненными. Наличие факторов органического поражения ЦНС. (пре- и перинатальной патологии, нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговой травмы) удается обнаружить не у всех больных. Установлено, что важная роль в развитии Г.д. принадлежит

генетическим факторам. По-видимому, как различные неблагоприятные внешние воздействия на развивающийся мозг, так и генетические механизмы могут обуславливать дисфункции нейронедиаторных систем мозга. В ходе диагностической и коррекционной работы с гиперактивными детьми необходимо учитывать то, что Г.д может иметь внешнее сходство с целым рядом иных состояний: реакциями на психотравмирующие ситуации, неврозами, астеноневротическим синдромом при заболеваниях внутренних органов, психопатиями, гипоманией, задержками психического развития, аутизмом, шизофренией и др. необходимо разграничивать также с нормальной, свойственной детскому возрасту повышенной двигательной активностью, а также индивидуальными особенностями темперамента ребенка.

Гиперкинезы – насильственные движения. Зависят от усиления деятельности подкорковой области.

ГОСПИТАЛИЗМ - синдром психической и физической отсталости, возникающий в первые года жизни ребенка в условиях дефицита общения с близкими взрослыми, в частности в результате помещения в детское учреждение (дом ребенка, больницу, приют и т.п.).

Проявление госпитализма - запоздалое развитие движений, особенно ходьбы, резкое отставание в овладении речью, эмоциональная обедненность, бессмысленные движения навязчивого характера (раскачивание тела и т. п.), а также низкие антропометрические показатели, рахит и др. В особо тяжелых случаях госпитализм приводит к психическим заболеваниям (младенческие маразмы), возрастанию частоты инфекционных заболеваний, а иногда и к смерти ребенка.

Госпитализм является результатом отсутствия или прерывания главным образом социальных контактов ребенка со взрослыми, поскольку наблюдается даже тогда, когда осуществляется хороший уход и соблюдаются правила санитарии и гигиены.

ДЕБИЛЬНОСТЬ – задержка психического развития (слабость абстрактного мышления, неспособность подавлять свои влечения), относительно легкая степень олигофрении.

ДЕМЕНЦИЯ – приобретенное слабоумие, которое проявляется в ослаблении познавательной способности, обеднении чувств, изменении поведения, крайнем затруднении при использовании знаний прошлого опыта. Д. может быть глобальной или очаговой. Глобальная Д. охватывает все виды психической деятельности, включая и память. Больной перестает относиться к событиям и к себе критически, деградируя как личность. При очаговой Д. личность в основном не меняется, практическое отношение к действительности сохраняется. Наблюдаются частичные дефекты: снижается сообразительность, память.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ - слепые дети страдают полным отсутствием зрения либо имеют остаточное зрение (от светоощущения до

остроты

зрения 0,04 на лучше видящем глазу при обычной коррекции очками). Для них основными средствами познания становятся осязание и слух. В связи с этим чувственные образы имеют иное, чем у зрячих, качество, иную структуру. Те дети, у которых сохранилось остаточное зрение, имеют возможность воспринимать окружающий мир в виде зрительных образов, хотя весьма обедненных и неточных.

Потеря зрения обуславливает некоторые специфические особенности развития: возникают затруднения в оценке пространственных признаков (местоположения, направления, расстояния и т.д.), процесс формирования движений задержан, иногда отмечаются изменения в эмоционально-волевой сфере.

Коррекционно-педагогическое воздействие направлено на формирование у слепых детей чувственного опыта. Развитие процессов компенсации слепоты за счет усиления функций сохранных анализаторов необходимо начинать с раннего возраста. Важную компенсаторную роль играет речь.

В речевом общении с окружающими в сознании слепого ребенка создаются и укрепляются связи между словом и действием. Словесное описание предмета, сделанное взрослым, ребенок подтверждает собственным обследованием. С помощью слуховых и осязательных ощущений дети учатся передвигаться самостоятельно. Высокого развития у слепых достигает память, т.к. им для ориентировки в пространстве, общения с людьми, усвоения знаний необходимо привлекать больше сведений, чем зрячим. В развитии основных процессов познания и мышления компенсаторную роль играют практические занятия, во время которых дети сравнивают реально воспринимаемые предметы с существующими у них представлениями. Обучение действиям, способам их выполнения достигается только в условиях общения, при котором движения слепого ребенка корригируются словом.

У слепых осязательное восприятие материала, закрепление образов в памяти и оперирование ими требует не только увеличения времени для практических решений, но и более ранней специальной подготовки - обучения детей навыкам учебной работы. Слепых обучают письму и чтению рельефного шрифта (а также рельефных карт и нот), рельефному рисованию и черчению. Многие сложные явления физики, химии и др. учебных предметов усваиваются слепыми учащимися с помощью лабораторных работ со специальными приборами.

Для развития зрительного восприятия у детей, имеющих остаточное зрение, используются красочные картины и иллюстрации, диапозитивы, кинофильмы, в том числе воспроизводимые специальными замкнутыми телевизионными системами. Введение аудиовизуальных средств совершенствует процесс обучения и сокращает время для получения необходимой информации.

Ослепшие дети - дети, потерявшие зрение в результате перенесенного заболевания или травмы; зрение у них может быть потеряно полностью либо сохраниться в виде светоощущения или остаточного зрения (острота до 0,04). В памяти таких детей уже с возраста 3-4 лет сохраняются (иногда на протяжении всей жизни) зрительные образы окружающего мира, и в связи с этим объем представлений у них значительно шире и богаче, чем у слепых от рождения. Зрительная память помогает воссоздавать образ предмета или явления по словесному описанию, для чего педагог использует яркие, образные выражения. Связь зрительных представлений с речью способствует более эффективному усвоению детьми знаний и умений. Остаточное зрение помогает детям воспринимать световые и цветовые признаки, ориентироваться в пространстве. Однако основными новыми средствами познания становятся слух и осязание. Дети должны заново обучаться процессам самообслуживания, ориентировки в пространстве, новым способам овладения знаниями. Для предупреждения появления возможных отклонений в развитии большое значение имеет правильно и своевременно (сразу же после утраты ребенком зрения) организованная система коррекционно-педагогических воздействий. Для дошкольников имеются специальные детские сады; детей, ослепших в школьном возрасте, направляют для обучения в школы слепых детей.

Слабовидящие дети - дети, страдающие значительным снижением остроты зрения (от 0,05 до 0,2 на лучшем видящем глазу с оптической коррекцией) либо расстройствами периферического зрения. Зрительное восприятие при слабовидении характеризуется неточностью, фрагментарностью, замедленностью, что значительно обедняет чувственный опыт таких детей, препятствует познанию ими окружающего мира.

Обучение и воспитание слабовидящих детей осуществляется в специальных дошкольных учреждениях и школах для детей с нарушениями зрения. Педагогический процесс строится с учетом возможностей этих детей и их своеобразия. При этом необходимо соблюдение специальных педагогических и гигиенических требований: рациональное распределение учебных занятий, обеспечение соответствующего уровня освещенности, применение корригирующих и тифлотехнических средств, организация специальных занятий по коррекции отклонений в психологическом развитии.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА - умственно отсталые дети.

Термином "умственная отсталость" в дефектологии обозначается стойко выраженное снижение познавательной деятельности, возникшее на основе органического поражения ЦНС, которое может быть различным по тяжести, локализации и времени наступления. Проблемы обучения, воспитания и социальной адаптации умственно отсталых детей

разрабатываются одной из отраслей специальной педагогики - олигофренопедагогией.

Термин "олигофрения" для обозначения нарушения интеллектуального развития был введен (1915) немецким психиатром Э.Крепелином. Этот термин традиционно используется в отечественной специальной педагогике. По глубине дефекта умственная отсталость подразделяется на три степени: идиотия, имбецильность и дебильность.

Идиотия - самая глубокая степень умственной отсталости.

Детям-идиотам недоступно осмысление окружающего, речевая функция развивается крайне медленно и ограниченно (в ряде случаев речь не развивается вообще). Для этих детей характерны нарушения моторики, координации движений и праксиса, ориентировки в пространстве; часто эти нарушения настолько тяжелы, что вынуждают детей-идиотов к лежачему образу жизни. У них крайне медленно и трудно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе и гигиенические. Дети-идиоты в правовом отношении не дееспособны, не подлежат обучению, находятся (с согласия родителей) в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых) системы социального обеспечения, где им оказывается необходимая медицинская помощь и уход. По достижении 18-летнего возраста они переводятся в специальные интернаты для хроников. Государственная система помощи глубоко умственно отсталым не исключает их содержания в семье при установлении опеки.

Имбецильность является более легкой по сравнению с идиотией степенью умственной отсталости. Дети-имбецилы обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Однако глубокие дефекты восприятия, памяти, мышления, коммуникативной речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делают этих детей практически не обучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении они, как и идиоты, являются не дееспособными, и над ними устанавливается опека. До достижения совершеннолетия эти дети также находятся в специальных детских домах для глубоко умственно отсталых. Установлено, что определенная часть детей-имбецилов может овладеть некоторыми знаниями, умениями и навыками в объеме специально разработанных для них программ (простейшие навыки чтения, письма и счета, а также некоторые несложные трудовые операции). Это позволяет имбецилам в дальнейшем достаточно успешно работать в специально организованных мастерских.

Дебильность - наиболее легкая (по сравнению с идиотией и имбецильностью) степень умственной отсталости. Однако сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебилов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой

ШКОЛЫ.

Изучение и усвоение учебного материала по любому предмету школьной программы для дебилов чрезвычайно сложно. Например, овладевая письменной и устной речью, понятием числа, навыками счета, они испытывают затруднения в понимании связей между звуком и буквой, множеством и его числовым выражением и т.п. Все это физиологически обусловлено недоразвитием аналитико-синтетических функций высшей нервной деятельности. Усвоение даже элементарных математических знаний требует достаточно высокой степени абстрактного мышления, а поскольку эта функция у детей-дебилов нарушена они с большим трудом овладевают простейшими математическими операциями. Недостаточное развитие способностей к установлению и пониманию временных, пространственных и причинно-следственных отношений между объектами и явлениями не позволяет детям-дебилам усваивать в объеме массовой общеобразовательной школы материал по таким предметам, как история, география, черчение, а ряд предметов (например, физика, химия) вообще не включаются в программу школ для этих детей.

Соматические нарушения, общая физическая ослабленность, нарушения моторики, свойственные большинству детей-дебилов, а также особенности эмоционально-волевой сферы, системы побудительных мотивов, характера и поведения в значительной степени ограничивают круг их последующей профессионально-трудовой деятельности.

Дети с задержкой психического развития. В отечественной дефектологии в 60-70 гг. выделена особая группа детей, которые испытывают чрезвычайные затруднения при освоении программы начальной массовой школы, но не могут быть отнесены к умственно отсталым, т.к. в пределах имеющихся у них знаний они обнаруживают достаточную способность к общению, широкую зону ближайшего развития. Это дети с задержкой психического развития (ЗПР).

Различают ЗПР, возникающую на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период беременности, и ЗПР, возникающую на ранних этапах жизни ребенка в результате различных факторов, приведших к астеническим и церебрастеническим состояниям организма. ЗПР в виде не осложненного психического инфантилизма расценивается как прогностически более благоприятная, большей частью не требующая специальных методов обучения. При преобладании же выраженных церебрастенических расстройств ЗПР оказывается более стойкой и нередко нуждается не только в психолого-педагогической коррекции, но в лечебных мероприятиях.

В зависимости от происхождения, а также от времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов ЗПР дает разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере и познавательной

деятельности. Но существуют и общие для всех видов ЗПР черты: низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости; неразвитость и незрелость эмоций и воли; ограниченный запас общих сведений и представлений; обедненный словарный запас; несформированность навыков интеллектуальной деятельности; неполная сформированность игровой деятельности. Восприятие характеризуется замедленностью; в мышлении обнаруживаются трудности словесно-логических операций (при решении наглядно-действенных задач эффективность умственной деятельности выше). У детей с ЗПР отмечается низкий уровень самоконтроля, что особенно проявляется в учебной деятельности. К началу школьного обучения у этих детей, как правило, слабо сформированы основные мыслительные операции - анализ, синтез, сравнение, обобщение. Они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность. В условиях массовой школы дети с ЗПР попадают в категорию стабильно неуспевающих, что еще более травмирует их психику и вызывает негативное отношение к обучению. Дети с ЗПР нуждаются в обучении в специальной школе. За период начального обучения примерно у 50 % детей отставание в развитии корректируется настолько, что их переводят в 4-й класс массовой школы учащиеся с более выраженной ЗПР продолжают обучение до окончания специальной школы.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО

АППАРАТА частично или полностью ограничены в произвольных движениях. В зависимости от характера заболевания и степени выраженности дефекта детей условно подразделяют на 3 группы.

К первой относят детей, страдающих остаточными проявлениями периферических параличей и парезов, изолированными дефектами стопы или кисти, легкими проявлениями сколиоза (искривлениями позвоночника) и т.п. Подобные нарушения, как правило, не являются препятствием к обучению этих детей в массовой школе.

Ко второй группе относят детей, страдающих различными ортопедическими заболеваниями, вызванными главным образом первичными поражениями костно-мышечной системы (при сохранности двигательных механизмов центральной нервной системы (при сохранности двигательных механизмов центральной нервной и периферической нервной системы), а также детей, страдающих тяжелыми формами сколиоза. Хотя потенциальные возможности усвоения школьной программы у таких детей сохранены, однако расстройства движений (например, при врожденном недоразвитии конечностей или их частей) затрудняют обучение. Такие дети нуждаются в специальных условиях обучения в специализированных школах.

Особую группу составляют дети с последствиями полиомиелита и церебральными параличами, у которых нарушения опорно-двигательного

аппарата связаны с патологией развития или подтверждением двигательных механизмов ЦНС. Дети, перенесшие полиомиелит, могут успешно овладевать программой общеобразовательной школы. Однако последствия заболевания в некоторых случаях могут отразиться на психическом развитии ребенка и проявиться в замкнутости характера, эмоциональной неустойчивости, неуверенности в своих силах, в недоразвитии волевой сферы. При правильном педагогическом подходе к ребенку подобных реактивных настроений можно избежать.

При детском церебральном параличе (поражении незрелого головного мозга) наблюдается сочетание нарушений функций со своеобразной аномалией психического развития, часто отмечаются речевые нарушения и задержка формирования познавательных функций, пространственно-временных представлений, практических навыков и др. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей, страдающих церебральными параличами, чрезвычайно разнообразна. Например, у них по-разному проявляются двигательные нарушения: при одних формах заболевания больше страдают движения рук, при других - ног; возможно нарушение движений всех конечностей. У некоторых детей при достаточном объеме движений отмечаются так называемые апраксии - неумение выполнять целенаправленные практические действия. В ряде случаев двигательная недостаточность проявляется в нарушении равновесия и координации движений. При некоторых формах заболевания выполнение всех произвольных движений затруднено главным образом из-за насильственных непроизвольных движений - так называемых гиперкинезов.

Обучение и воспитание детей, страдающих церебральным параличом, осуществляются в специальных школах.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ страдают отклонениями в развитии речи при первично сохранных предпосылках интеллектуального развития и нормальном слухе. Этим они отличаются от детей, страдающих умственной отсталостью, задержкой психического развития, нарушением слуха и др., у которых речевые изменения носят вторичный характер. Нарушения речи различаются по формам и по степени выраженности. Они могут затрагивать только фонетическую сторону речи или также ее смысловую сторону, словарный запас, грамматический строй. Кроме того, нарушения проявляются в изменении темпа и плавности речи (например, при заикании), в расстройствах письма и чтения. В логопедии разработана педагогическая классификация, согласно которой нарушения речи подразделяются на фонетические, фонетико-фонематические, общее недоразвитие речи, заикание. Наиболее многочисленна группа детей с общим недоразвитием речи. У этих детей резко ограничен словарный запас; иногда полностью отсутствует возможность речевого общения. В легких случаях нарушения речи

проявляются в искаженной артикуляции звуков, в некоторых устранимых трудностях их восприятия при достаточно развитой лексико-грамматической стороне речевого высказывания.

Большинство детей с нарушениями речи способны понимать обращенную к ним речь, однако сами ограничены в возможностях речевого общения, что нередко вызывает у них вторичную задержку в формировании речевого мышления, внимания, памяти, а также нарушение эмоционально-волевой сферы и др.

Эффективность коррекции речевых нарушений зависит от формы и степени дефекта, индивидуальных компенсаторных возможностей ЦНС детей, от своевременности и продолжительности педагогического и медицинского воздействия.

Ранняя квалифицированная диагностика нарушений речи в детском возрасте позволяет предотвратить многие осложнения речевого развития. Дошкольники воспитываются в специальных логопедических садах и группах (дети с общим недоразвитием речи - с 3-4 лет, а заикающиеся - с 2-3 лет). По решению медико-педагогической комиссии дети, достигшие школьного возраста, в случае полного или почти полного преодоления речевого дефекта направляются для дальнейшего обучения в массовую школу, а в случае стойких, трудно преодолимых аномалий речевого развития - в специальную школу для детей с тяжелыми нарушениями речи.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА - глухие дети страдают глубоким стойким двусторонним нарушением слуха. Они не могут самостоятельно овладеть речью и без специального обучения становятся глухонемыми.

Большинство глухих обладает остаточным слухом, который позволяет им воспринимать лишь очень громкие звуки (силой более 80 дБ в диапазоне до 1000-2000 Гц). Недостаток слуховых впечатлений обедняет внутренний мир ребенка. Наибольший ущерб его развитию приносит создаваемое глухотой препятствие к овладению словесной речью как средством общения и познания окружающего мира, как орудием мышления.

Чем раньше начинается специальное обучение ребенка словесной речи с использованием и развитием остаточного слуха и чтения с лица устной речи окружающих, тем меньше психическое развитие отклоняется от нормы.

Даже в условиях специального обучения развитие словесной речи глухих отстает от нормы и имеет целый ряд особенностей, касающихся овладения фразовой речью, усвоения звукобуквенного состава слов, часто наблюдается расширение или сужение представлений о значении слов. При обучении дети легче овладевают словами, обозначающими конкретные предметы, несколько труднее - обозначающими действия, качества, признаки, еще труднее - словами с абстрактным и переносным

смыслом. В построении фраз они допускают нарушение законов грамматики. Понимание речи опережает формирование возможности собственного высказывания в устной, дактильной и письменной речи. Ограниченные возможности владения речью сказываются на развитии познавательных процессов (например, формирование словесно-логического понятийного мышления происходит со значительным опозданием и отличается большим своеобразием), эмоционально-волевой сферы и др.

Для общения со слышащими дети пользуются естественными жестами (указательными, имитирующими действия, изображающими признаки предметов), которые обычно вырабатываются в процессе взаимного общения. Между собой они общаются с помощью мимико-жестикуляторной речи, звуковая и информационная структура которой более сложна, чем при естественных жестах, однако эта речь отличается от словесной по своей лексике, грамматике, способам высказывания, значительно беднее словесной и используется в общении с ограниченным кругом людей.

Специальное обучение позволяет детям овладеть словесной речью, что расширяет возможности их общения со слышащими и способствует преодолению их недостатков как в сфере познания, так и в развитии личности.

Оглухие дети - дети, утратившие слух, но сохранившие речь, становление которой происходило на основе нормального слухового восприятия. Сохранение речи зависит от возраста ребенка в момент наступления глухоты, наличия остатков слуха и умения их использовать, владения грамотой к моменту потери слуха, условий развития и индивидуальных особенностей, от коррекционно-педагогических воздействий.

Чем младше потерявший слух ребенок, тем скорее и сильнее нарушается и даже распадается его речь. Важно как можно раньше начать коррекционную работу по сохранению речи и формированию на ее базе навыков восприятия устной речи окружающих. При этом важнейшая роль отводится зрительному восприятию (чтению с лица). Параллельно идет обучение детей чтению.

Сохранившиеся слуховые ощущения используются осторожно, в зависимости от медицинских показаний и только в сочетании со зрительным восприятием. Тренировка остаточного слуха, подбор индивидуальных слуховых аппаратов проводится позже на основании стабильных данных о состоянии остаточной слуховой функции.

Одно из основных условий полноценного развития оглохших дошкольников

- пребывание их в говорящей среде и проведение родителями под руководством и контролем специалистов индивидуальных занятий. С

детьми школьного возраста проводятся индивидуальные и групповые занятия по формированию и развитию навыков восприятия устной речи, а также по коррекции произношения.

Слабослышащие дети страдают понижением слуха (тугоухостью), в результате чего у них возникает нарушение речи. В отличие от глухих детей, слабослышащие имеют возможность с помощью слуха накапливать некоторый запас слов. Степень потери слуха может быть различной - от затрудненного восприятия шепота до резкого ограничения возможности восприятия речи разговорной громкости.

Уровень развития речи зависит главным образом от степени нарушения слуха, времени его наступления, а также от условий воспитания с учетом слухового дефекта, индивидуальных особенностей ребенка.

Своевременно принятые меры по коррекции речи и формированию навыков чтения с губ (с лица), даже при значительно выраженном и рано возникшем нарушении слуха, позволяет добиться того, что ко времени поступления в школу овладевает развернутой речью. Когда нарушение слуха не распознается или на него не обращается должного внимания, речь ребенка может оказаться недоразвитой даже при сравнительно небольшой степени тугоухости.

Слабослышащие, обладающие развитой речью, обучаются в массовой школе. Однако даже незначительная потеря слуха (ребенок слышит шепот на расстоянии 2-4 м) может вызвать определенные трудности в освоении учебной программы. Успешному обучению в массовой школе помогают дополнительные занятия, на которых учитель уточняет произношение слов, помогает ребенку овладеть их звуковым составом. При выраженном недоразвитии речи дети нуждаются в обучении в специальной школе для слабослышащих и позднооглохших детей.

ДЕТИ СО СЛОЖНЫМИ ВИДАМИ НАРУШЕНИЙ. К детям со сложным (комбинированным) дефектом относятся дети, имеющие аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной

недостаточностью. В данной категории выделяются следующие группы детей: умственно отсталые глухие и слабослышащие, умственно отсталые и слабовидящие, глухие слабовидящие, слепоглухонемые. Встречаются также дети со множественными дефектами.

ДЕПРИВАЦИЯ - психическое состояние человека, возникающее в результате длительного ограничения его возможностей в удовлетворении основных психических потребностей; характеризуется выраженными отклонениями в эмоциональном развитии, нарушением социальных контактов.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, проявляющееся различными двигательными нарушениями, часто в сочетании с нарушениями интеллекта.

Причиной заболевания является поражение отдельных участков головного мозга, наступившее во время беременности, родов или впервые два месяца жизни ребенка.

Основные проявления ДЦП:

Скованность мышц или спастичность. У ребенка с мышечной спастичностью наблюдается скованность или “напряжение мышц”.

Из-за этого движения замедлены, неуклюжи. Часто положение головы вызывает неестественное положение всего тела.

Неконтролируемые движения или атетоз. У ребенка возникают медленные, дергающиеся или неожиданно быстрые движения стоп, рук или лица. Могут возникать спастические движения или позы.

Ребенок с трудом сохраняет равновесие и часто падает.

Расстройство координации движений или атаксия. Ребенок страдающий атаксией с трудом сидит и стоит.

Проявления ДЦП различны, но их можно разделить на 5 основных форм:

Нижний спастический парапарез.

скованность мышц нижних конечностей (особенно выражено ограничение сгибания и отведения); как осложнение возникает тугоподвижность вплоть до полной неподвижности в суставах, так называемая контрактура.

Из-за этого движение замедлены, неуклюжи. Состояние ухудшается, когда ребенок расстроен, волнуется.

Интеллект при этой форме чаще всего сохранен.

2. Гемипаретическая форма.

скованность мышц нижней и верхней конечностей с одной стороны (либо слева, либо справа).

Нарушение интеллекта при этой форме возникает ≈ в 50% случаев.

3. Спастический тетрапарез.

скованность мышц как верхних, так и нижних конечностей. Иногда может проявляться в форме трипареза (одна из конечностей практически не страдает).

Интеллект нарушен в 80-90% случаев.

4. Атонически-астеническая форма.

выраженная вялость всех мышечных групп, приводящая к нарушению движения. Кроме того, отсутствует способность координированности действий.

Интеллект нарушен в 80-90% случаев.

5. Гипекинетическая форма.

– нарушение в мышцах сопровождается избыточными произвольными движениями.

Интеллект при этом, как правило, не нарушен.

Однако проявления ДЦП не ограничиваются только двигательными нарушениями. Изменения в психике возникают даже у детей с

сохраненным интеллектом.

Основные причины ДЦП:

1. Неблагоприятное течение беременности:

острые заболевания матери (в том числе инфекционные, особенно токсоплазмоз, цитомегелия и другие, которые практически не дают клинических проявлений у матери, но вызывают внутриутробное инфицирование плода. Даже контакт беременной женщины с больным краснухой могут быть причиной грубых пороков развития плода); хронические заболевания матери (пороки сердца, дыхательная недостаточность, заболевания почек, печени, сахарный диабет, шизофрения, эпилепсия и другие); воздействие токсических факторов, в том числе алкоголя, никотина, фоновой радиации и другое; выраженные токсикозы, угроза прерывания беременности (особенно в ранние сроки), связанные с фетоплацентарной недостаточностью и гинекологическими заболеваниями.

2. Неблагополучное течение родов, приводящее к кровоизлиянию в ткани головного мозга ребенка. Чаще всего травмируются недоношенные дети, дети из многоплодных беременностей.

3. Заболевания ребенка впервые 4-8 недель жизни энцефалитами или менингоэнцефалитами различной этиологии.

ДИЗАРТРИЯ – нарушение произношения вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражений заднелобных и подкорковых отделов мозга. При Д., в отличие от афазии, ограничена подвижность органов речи (мягкого неба, языка, губ), вследствие чего затруднена артикуляция. У взрослых Д. не сопровождается распадом речевой системы. В детском возрасте Д. нередко приводит к нарушению произнесения слов и, как следствие, к нарушениям чтения и письма, а иногда и к общему недоразвитию речи. Недостатки речи при Д. могут быть исправлены с помощью логопедических занятий.

ДОМА РЕБЕНКА - в Российской Федерации учреждения для воспитания и оказания помощи детям раннего возраста, оставшихся без попечения родителей, детям одиноких матерей, а также детям с дефектами физического или психического развития. Создаются дома ребенка общего типа, а также специализированные дома ребенка для детей с поражением ЦНС, нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, слуха, речи, зрения и др.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ – особый тип аномалии психического развития ребенка. З.п.р. имеет различное происхождение: в одних случаях она связана с особенностями, а точнее – дефектами конституции ребенка, вследствие чего по своему физическому и психическому развитию он начинает соответствовать более раннему

возрасту (“гармонический инфантилизм”); в др. случаях З.п.р. возникает в результате различных соматических заболеваний (физически ослабленные дети) или органического поражения Ц.н.с. (дети с минимальной мозговой дисфункцией). У детей с З.п.р. отмечается значительное снижение работоспособности вследствие возникающих у них явлений церебрастении, психомоторной расторможенности, аффективной возбудимости. У них затруднено усвоение навыков чтения, письма, счета; страдают непосредственная память и внимание; имеются легкие нарушения речевых функций. Указанные затруднения компенсируются

при

специальных педагогических воздействиях на таких детей. В отличие от олигофрении, при которой наблюдается устойчивое общее недоразвитие психики, у детей с З.п.р. обычно имеется парциальное недоразвитие высших психических функций, носящее временный характер и преодолеваемое в детском или подростковом возрасте. Дети с З.п.р. характеризуются рядом личностных особенностей: недоразвитием эмоциональной сферы, длительным сохранением игровых интересов и т.д.

ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ - метод лечебно-педагогического воздействия на детей и взрослых, страдающих различными эмоциональными нарушениями, страхами, неврозами и др. В основе различных методик, описываемых этим понятием, лежит признание игры влиятельным фактором развития личности.

ИЗОЛЯЦИЯ – обособление человека или группы людей (групповая изоляция) от привычных условий жизни и общения с другими людьми в условиях космического полета, зимовок, отдаленных экспедиций и т.п. Специально И. рассматривается в клинике нервных и душевных болезней: в случаях поражения слуха зрения, речевой деятельности – при нарушениях артикуляции, речеобразования и восприятия речи.

ИНВАЛИД ДЕТСТВА - лицо, признанное инвалидом до 16-летнего возраста.

ИНВАЛИДНОСТЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. Некоторые формы наследственной

патологии, родовые травмы, перенесенные в детстве, могут явиться причиной того, что ребенок раннего возраста, еще не прошедший важнейших этапов социализации, оказывается инвалидом. В дефектологии подробно изучена специфика сенсорных, речевых, интеллектуальных и двигательных нарушений, свойственных аномальным детям. Конкретный дефект (потеря зрения или слуха при аномалиях соответствующих анализаторов, моторные нарушения при детском церебральном параличе и др.) накладывает специфический отпечаток на формирование познавательных процессов личности ребенка. Однако не все аномальные дети могут быть отнесены к инвалидам. Значительная часть детей с сенсорными дефектами при помощи специфических средств коррекции (слуховые аппараты для слабослышащих, очки и контактные линзы для

слабовидящих) способны в определенной мере преодолеть ограничения, накладываемые дефектом. В результате коррекционно-воспитательной работы они достигают практически полной социальной адаптации и способны к общественному и профессиональному самоопределению. Аномальные дети легкой интеллектуальной недостаточностью также в пределах своих возможностей достигают приемлемого уровня социальной адаптации и не могут быть оценены как инвалиды.

В то же время среди детей-инвалидов немало тех, кого не следует относить к категории аномальных детей, т.е. физические дефекты в ряде случаев не приводят к аномальному развитию. Это касается, прежде всего, детей, которые в результате травм и заболеваний оказываются ограниченными в движениях, но сохраняют свойственный их возрасту нормальный уровень психического развития.

Специфика детской инвалидности состоит в том, что ограничение жизнедеятельности в этом случае возникает в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, становления личности. Инвалидность, наступившая в зрелом возрасте, требует восстановления (хотя бы частичного) социальных функций человека на основе уже сформировавшейся личности; детская инвалидность представляет еще более серьезную проблему, поскольку накладывает ограничения не только на проявления личности, но и на ее формирование.

Дети-инвалиды лишены доступных здоровым сверстникам каналов получения информации: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, они не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта. Они также часто испытывают затруднения в предметно-практической деятельности, ограничены в проявлениях игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций.

Отрицательные эмоциональные переживания, хроническая неудовлетворенность и т.п. могут приводить к патологическим изменениям характера, искажениям в формировании личности. Все эти особенности детей-инвалидов требуют особого подхода в обучении и воспитании.

Специфика воспитания детей-инвалидов состоит в преимущественно коррекционной направленности этого процесса. От лиц, осуществляющих обучение и воспитание, прежде всего, требуется максимально расширить возможности детей для освоения предметно-практического и теоретического опыта. Следует стремиться в наибольшей мере преодолеть накладываемые инвалидностью ограничения. Особого

внимания

требует эмоциональное развитие таких детей. Необходимо в

доброжелательной и поощрительной манере формировать у них адекватную

самооценку и уровень притязаний, стремление к развитию тех способностей и склонностей, которые могут способствовать максимальной самореализации. Создание соответствующих этим требованиям условий - комплексная проблема; ее решение во многом зависит от гуманистических ориентаций общества и принятых социально-экономических механизмов реабилитации инвалидов.

ИНВАЛИДЫ. Латинское слово "инвалид" (invalid) букв. означает "непригодный" и служит для характеристики лиц, которые в следствии заболевания, ранения, увечья ограничены в проявлениях жизнедеятельности. В русском языке это слово укоренилось в XVIII в.; первоначально инвалидами называли бывших военнослужащих, которые

по

состоянию здоровья не могли себя обслуживать. Позднее, в XIX в. к инвалидам стали относить лиц, полностью утративших возможность заработка в связи с состоянием здоровья. Долгое время при характеристике инвалидов акцент делался именно на профессионально-трудовой стороне жизнедеятельности. Поскольку инвалидность является препятствием к полноценной профессиональной деятельности и лишает человека возможности самостоятельно обеспечить свое существование, преимущественно внимание до середины XX в. уделялось медицинским аспектам нарушений трудоспособности и проблемам материальной помощи инвалидам.

До начала XX в. в России и за рубежом основное внимание уделялось призрению инвалидов главным образом за счет благотворительных пожертвований. Создавались соответствующие учреждения, призванные восполнить недостаток материальных средств к существованию инвалида. Важная роль в благотворительной помощи инвалидам принадлежала религиозным организациям.

В начале XX в. были высказаны идеи о необходимости такой помощи, которая давала бы инвалиду возможность вести достаточно самостоятельный образ жизни. Было пересмотрено и само понятие "инвалидность", которое с тех пор расценивается как сложная

биопсихосоциальная категория.

Для человека, ставшего инвалидом, начинается новый этап жизни:

деформируются привычные жизненные стереотипы, нарушается сложившаяся

система социальных контактов, меняется общественный статус личности появляются барьеры на пути осуществления важнейших биологических и социальных потребностей. Общество вынуждено тратить значительные материальные средства, компенсируя выключение инвалидов из основной сферы жизнедеятельности - труда. С учетом этих обстоятельств начала

развиваться реабилитация как наука и как система мер, направленных не только на уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов и условий, но и на обеспечение возможности для инвалидов достичь социальной интеграции, вернуться либо максимально приблизиться к полноценному общественному бытию.

Необходимость развития реабилитации инвалидов продиктована не столько ее экономической значимостью (т.е. уменьшением доли затрат общества на помощь инвалидам) сколько возрастающим пониманием того, что в гармоничном обществе все его члены должны иметь возможности для наиболее полной самореализации, что инвалид в большинстве случаев способен отвечать за себя наравне со здоровыми людьми и нуждается в помощи лишь для того, чтобы справиться с определенными трудностями, вызванными нарушениями функций организма.

Началом организованной международной политики в сфере реабилитации инвалидов принято считать основание в 1922 г. организации "Международная реабилитация". В 1933 г. в Нью-Йорке под руководством Дж. Смита был создан Институт калек и инвалидов - первый в мире центр всесторонней реабилитации.

В 1930 г. в Москве был создан Научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности, впоследствии переименованный в Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН).

Первоначально основное внимание уделялось экспертизе остаточной трудоспособности инвалидов и оценке профессиональной пригодности для выполнения той или иной работы. Однако уже в 1930-х гг. велись также исследования по компенсации нарушенных психических функций, разрабатывались методы и приемы профессионального обучения

некоторых

категорий инвалидов (в частности, при инвалидности как следствии психических заболеваний).

Реально понятие реабилитации было внедрено в медицинскую практику и трудовую экспертизу лишь в 1960-1970-х гг. Над методологией этого научно-практического направления плодотворно работал психиатр М.М. Кабанов. Он указывал, что реабилитация - это не просто профилактика, лечение и трудоустройство, а принципиально новый подход к больному, повторная социализация, восстановление личного и социального статуса инвалида. Кабанов определил основной стержень реабилитационных программ - апелляция к личности. Им были сформулированы главные принципы реабилитации человека.

ИНЕРТНОСТЬ – в более общем значении – качество поведения,

выражающееся в затрудненном, замедленном переключении с одного вида деятельности на другой; в более узком, психофизиологическом значении – один из полюсов биполярного свойства подвижности нервной системы,

показателем принадлежности к которому служит затрудненная “переделка знаков” положительного и тормозного условных раздражителей.

ИНТЕЛЛЕКТ – 1) общая способность к познанию и решению проблем, определяющая успешность любой деятельности и лежащая в основе других

способностей; 2) система всех познавательных способностей индивида: ощущения, восприятия, памяти, представления, мышления, воображения; 3) способность к решению проблем без проб и ошибок “в уме”. Понятие И. как общей умственной способности применяется в качестве обобщения поведенческих характеристик, связанных с успешной адаптацией к новым жизненным задачам.

ИНФАНТИЛИЗМ - патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением присущих детскому или подростковому возрасту особенностей организма, личности.

Искривление позвоночника – изменение (деформация) нормальной конфигурации позвоночного столба. Различают: боковое искривление позвоночника – сколиоз, искривление позвоночника, обращенное выпуклостью назад – кифоз, искривление позвоночника, обращенное выпуклостью вперед – лордоз.

ИСТЕРИЯ – патологическое состояние психики человека, характеризующееся повышенной внушаемостью, слабостью сознательной регуляции поведения. Для И. характерно несоответствие между малой глубиной переживаний и яркостью их внешних выражений: громкие крики,

плач, мнимые обмороки, выразительные жесты по поводу незначительных, в действительности маловолнующих истерика событий. Стремление любым

способом привлечь к себе внимание, театральность поведения, “игра в переживания” – типичные проявления И.

ИСТЕРОИДНОСТЬ – совокупность таких черт личности как повышенная эмоциональность, завышенная самооценка и уровень притязаний, постоянная, связанная с этим неудовлетворенность, что запросы, установки, потребности личности “выше” ее реальных возможностей. Лица с такими чертами характера подчеркнуто выраженного уважения к ним, восхищения ими; они любят быть в центре внимания и испытывают чувство разочарования, неудовольствия, когда окружающие не демонстрируют ожидаемого ими отношения. Нередко в такой ситуации

для

достижения внимания окружающих (это может не осознаваться личностью с чертами И.) и проявляются истероидные реакции. Причины формирования И. нередко связаны с чрезмерным, незаслуженным восхищением, восхвалением человека ранее (особенно в период

созревания его как личности, в сензитивные периоды развития).

КАПРИЗЫ ДЕТСКИЕ - особенность поведения ребенка, выражающаяся

в

нецелесообразных и неразумных действиях, в необоснованном сопротивлении требованиям взрослых, в стремлении настоять на своем.

КОМПЕНСАЦИЯ ФУНКЦИЙ восполнение недоразвитых, нарушенных или утраченных функций в следствии аномалий развития, перенесенных заболеваний и травм. Одна из важнейших разновидностей адаптационной реакции организма на повреждение заключается в том, что не пострадавшие непосредственно органы и системы берут на себя функцию поврежденных структур путем усиления (т.н. заместительная гиперфункция) или качественной перестройки функции.

Контрактура – ограничение или отсутствие подвижности в суставе, вызванное изменениями, связанными с данным суставом или сухожилием. Чаще всего контрактуры развиваются у парализованных детей, если не принимаются профилактические меры. Контрактура обусловлена тем, что вследствие длительного положения сустава в одном и том же положении, мышцы претерпевают изменения (укорачиваются), в результате чего конечность теряет способность полностью выпрямляться или сгибаться. Контрактура также может возникнуть тогда, когда конечность или сустав не двигаются постоянно в соответствии с полной амплитудой движений. Например, когда очень слабый или больной ребенок долгое время находится в постели, или парализованная конечность находится в согнутом или свисающие положении, или у ребенка боли в суставах, которые не дают ему их выпрямлять. Необходимо знать, что большинство контрактур можно предупредить с помощью физических упражнений и других мер. На начальной стадии образования контрактур растягивающие упражнения и простые способы правильного расположения ребенка могут быть достаточными для их коррекции. Застарелые же контрактуры гораздо труднее поддаются коррекции. Поэтому каждая семья, имеющая ребенка с физическими недостатками, должна знать, как образуются контрактуры, как предупредить их возникновение, как их распознать и скорректировать на начальной стадии появления.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ – одна из форм функционирования психологической службы, направленная на оказание помощи лицам, испытывающим потребность в оптимизации своей психической активности,

в преодолении неприятных психических состояний, психических затруднений, чувства безысходности, в организации самовоспитания и др.

КОНФЛИКТ – психическое явление, заключающееся в столкновении противоположных действий, взглядов, интересов, стремлений, планов различных людей или мнений, мотивов, потребностей одного человека. В

последнем случае говорят о внутреннем конфликте.

КОНФЛИКТ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ -состояние

неудовлетворенности человека

какими-либо обстоятельствами его жизни, связанное с наличием у него противоречащих друг другу интересов, стремлений, потребностей, порождающих аффекты и стрессы.

КОНФЛИКТ МЕЖЛИЧНОСТНЫЙ – трудноразрешимое противоречие, возникающее

между людьми и вызванное несовместимостью их взглядов, интересов, целей, потребностей.

КОНФОРМНОСТЬ – некритическое принятие человеком чужого неправильного мнения, сопровождаемое неискренним отказом от собственного мнения, в правильности которого человек внутренне не сомневается. Такой отказ при конформном поведении обычно мотивирован какими-либо конъюнктурными соображениями.

КОРРЕКЦИЯ в специальной педагогике - исправление (частичное или полное) недостатков психического и физического развития у аномальных детей с помощью социальной системы педагогических приемов и мероприятий.

КОРРЕКЦИОННО-ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА, система специальных приемов и

мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков развития аномальных детей. Термин появился в конце XIX - начале XX вв. в связи с деятельностью М. Монтессори и О. Декроли, долгое время использовался применительно к работе лишь с умственно отсталыми детьми. В отечественной педагогике это понятие стало более широким: коррекционно-воспитательная работа направлена не только на исправление отдельных нарушений, но и на формирование личности ребенка, охватывает все категории аномальных детей и осуществляется совместной деятельностью педагогов и врачей.

Коррекционная направленность свойственна всей учебно-воспитательной работе, проводимой с аномальными детьми. Она строится с учетом характера нарушений развития и индивидуальных особенностей ребенка, однако ряд задач имеет общий характер и применим ко всем видам нарушений. Эти мероприятия направлены на развитие личности ребенка, на закаливание его организма, развитие движений, чувственного опыта и мышления, включение ребенка в посильный труд и др. Чем раньше начата коррекция нарушений, тем успешнее и полнее преодолевается дефект. Коррекционно-воспитательная работа осуществляется полно и разносторонне уже в специальных детских дошкольных учреждениях, составляя специфическое содержание их программ.

В коррекционно-воспитательной работе со всеми категориями аномальных детей дошкольного возраста преобладает процесс обучения,

направленный на развитие и использование компенсаторных возможностей. Так, глухих детей необходимо обучить произношению словесной речи, чтению. Слепого ребенка нужно научить ориентировке в пространстве, восприятию окружающего мира при помощи осязания и слуха. Воспитание слепоглухонемого ребенка начинается с обучения элементарным навыкам (прием пищи, ходьба, гигиенические навыки и т.д.). Ребенка с любым видом нарушения развития необходимо обучить свойственному его возрасту виду деятельности - игре. Благодаря проводимой в дошкольных учреждениях коррекционно-воспитательной работе аномальные дети к школьному возрасту получают подготовку для обучения в соответствующих типах специальных школ. Некоторые дети, страдающие легкими нарушениями (например, фонетическое нарушение речи), оказываются подготовленными к поступлению в массовую школу. В специальных школах всех типов коррекционно-воспитательная работа осуществляется в ходе обучения всем общеобразовательным предметам. Кроме того, в младших классах в той или иной форме проводится предварительное (пропедевтическое) обучение. В школах для умственно отсталых детей на начальном этапе обучения выделяется целый пропедевтический период, заполненный коррекционными мероприятиями. Особое внимание уделяется групповым или индивидуальным логопедическим занятиям; воспитываются навыки самообслуживания. В младших классах школ для глухих детей проводят специальные уроки предметно-практического обучения. На этих занятиях дети овладевают широким кругом житейских понятий, у них формируются навыки ручного труда, активизируется потребность учащихся в общении, стимулируется развитие словесной речи.

В школе для детей с задержкой психического развития введены коррекционные занятия - "знакомство с окружающим миром и развитие речи", - направленные на ликвидацию пробелов знаний, накопившихся в дошкольном возрасте.

Занятия по общеобразовательным предметам направлены на развитие познания, в объеме и по форме близкого к тому, что получают дети в массовой школе. Трудовая подготовка в специальной школе имеет большое коррекционно-воспитательное значение. Она помогает детям овладеть доступной профессией и готовит их к общественно полезной деятельности.

Для осуществления задач коррекционно-воспитательной работы при необходимости создаются и применяются специальные учебники, учебные пособия, технические средства обучения.

КОЭФФИЦИЕНТ ИНТЕЛЛЕКТА (IQ) – отношение умственного возраста к хронологическому возрасту индивида, выраженное в процентах. К.и. является сугубо относительным показателем: он отражает лишь уровень выполнения данного конкретного теста (набора заданий) и не может

безоговорочно служить показателем развития интеллектуальных способностей обследуемого.

КРИЗИС ВОЗРАСТНОГО РАЗВИТИЯ – задержка в психическом развитии человека, сопровождаемая депрессивными состояниями, выраженной неудовлетворенностью собой, а также трудноразрешимыми проблемами внутреннего (личностного) и внешнего (межличностного) характера. Кризис возрастного развития обычно возникает при переходе из одного физического или психологического возраста в другой.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА - применение различных средств физической культуры с лечебными и профилактическими целями. В основе лечебной физкультуры лежит дозированная тренировка больного с учетом его клинического состояния, возраста, пола. Основным лечебным средством лечебной физкультуры являются физические упражнения.

ЛОГОПЕДИЯ – отрасль специальной педагогики, в задачу которой входит изучение недостатков речи, разработка принципов и методов их предупреждения и преодоления. Нарушения речи могут затрагивать различные компоненты речевой деятельности. Одни из них касаются только произношения и выражаются в нарушениях внятности без каких-либо сопутствующих явлений; другие обнаруживаются не только в дефектах произношения, но и в нарушениях чтения и письма. Существуют нарушения, охватывающие как фонетическую, так и лексико-грамматическую систему. Часто недостатки речи касаются ее темпа и плавности. Нарушения речи нередко препятствуют успешному развитию познавательной деятельности детей, неблагоприятно влияют на формирование их психики. У них появляются такие черты, как замкнутость, неуверенность в себе, негативизм и др. Преодоление нарушений речи осуществляется специальными педагогическими методами,

часто при одновременном проведении врачебных мероприятий. Однако устранение неблагоприятных условий звукообразования само по себе обычно не обеспечивает преодоления дефектов речи, возникающих в связи с анатомическими особенностями артикуляционного аппарата. Исправление речи в этих случаях достигается проведением логопедической работы с детьми. Исследования логопедов раскрыли механизмы взаимодействия нарушений слухового восприятия и речедвигательной функции, произносительной деятельности и фонемообразования, нарушений устной и письменной речи. Вскрыта взаимозависимость нарушений звуковой и смысловой сторон речи; тем самым выявлены сложные и многообразные механизмы психических процессов, участвующих в формировании речевой деятельности.

ЛОГОТЕРАПИЯ - психотерапевтический метод, рассчитанный на то, чтобы придать утратившей смысл жизни человека более определенное духовное содержание, обратить внимание и сознание человека к подлинным

нравственным и культурным ценностям. Предложен австрийским психиатром В. Франклом и основан на осознании человеком своей ответственности перед людьми и самим собой.

МАНИАКАЛЬНОСТЬ – патологическое состояние личности, заключающееся в чрезвычайной двигательной возбудимости, ускорении темпа и в то же время в упрощении мышления, его скачкообразности, в актуализации потребности, в проявлении своего "Я" в системе межличностных отношений, в повышенном, иногда неистовом, настроении, в чрезмерно напористом, неадекватном ситуации, стремлении к реализации какой-то цели.

МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ - организуется для комплектования

специального детского учреждения, предназначенного для детей, страдающих теми или иными дефектами. В ее состав входят: детский психоневролог или врач другой специальности, педагог-дефектолог, логопед и педагог массовой школы.

МЕДИТАЦИЯ – умственное действие, направленное на приведение психики человека в состояние углубленной сосредоточенности, которая является и результатом, и объективной характеристикой медитации. В психологическом плане медитация связана с устранением крайних эмоциональных проявлений, понижением реактивности. Методики медитации заключаются в наборе приемов психической тренировки, принимающей различные формы в зависимости от культурно-исторического

окружения: восточный тип медитации, представленный всеми формами йоги в Индии, даосизмом в Китае; христианский тип медитации; тип медитации, разработанный в школах современного психоанализа; психофизический тип медитации, рассчитанный на психотерапевтический эффект и др.

МИОПАТИЯ – дегенеративное заболевание мышечной системы. Причины неясны. Заболевание может иметь семейный характер. Патологический процесс состоит в атрофии мышечных волокон, замещении их соединительной тканью. Накопление жира в последней может создавать внешне впечатление гипертрофии. Болезнь проявляется преимущественно в детском или юношеском возрасте, часто вслед за какой-нибудь причиной – перенапряжением, интоксикацией, инфекцией. Процесс атрофии постепенно захватывает все новые мышечные группы. Вследствие слабости атрофирующихся мышц изменяется походка ребенка. Возникают затруднения при подъеме на лестницу, возникает лордоз в поясничной области, затрудняется поднимание рук вверх. При поражении мышц лица возникает гипомимия. Чаще всего атрофии развиваются симметрично. Укорочение мышц вызывает неправильное положение стоп, предплечий, кистей и пальцев.

МУЗЫКОТЕРАПИЯ - использование музыки с лечебными целями, чаще всего в сочетании с другими видами психотерапии. Отмечается положительное влияние музыки при депрессивных состояниях - улучшается настроение, оказывается тонизирующее влияние. Музыка при этом не должна быть чрезмерно веселой, мажорной, так как это по контрасту может ухудшить психическое состояние больного. Музыка способствует улучшению контакта с больным, если она соответствует его эмоциональному состоянию. Так, например, при депрессии, показана только минорная, элегическая музыка и лишь через несколько сеансов, после установления "музыкального контакта", возможен переход к музыке мажорной тональности. Разработаны методики индивидуальной и групповой активности музыкотерапии и сочетания музыки с аутогенной тренировкой.

Мышечная спастичность – неконтролируемый спазм мышц при поражении головного или спинного мозга. Мышечная спастичность часто вызывает возникновение контрактур.

НАВЯЗЧИВЫЕ СОСТОЯНИЯ – мысли, сомнения, страхи, влечения, действия, возникающие у человека вопреки его желанию. Отдельные нестойкие Н.с. могут появляться у совершенно здоровых людей. Постоянные и непреодолимые Н.с. являются признаком ряда психических заболеваний. Больные, страдающие Н.с., относятся к ним критически и понимают их болезненность и бессмысленность. В психопатологии особенно распространены следующие навязчивые страхи (фобии): эгорафобия – страх пространства, гисофобия – боязнь высоты, клаустрофобия – страх закрытых помещений, канцерофобия – раковой болезни и др. Навязчивые мысли проявляются в стремлении вновь и вновь разрешать ненужные и даже бессмысленные вопросы, бесцельно считать предметы, мучительно вспоминать неприятные события. Навязчивые сомнения могут проявляться в неуверенности в точности и завершенности своих действий (например, запер ли дверь, погасил ли свет). Навязчивые влечения – в стремлении совершить какой-либо бессмысленный или опасный поступок (броситься с высоты). Навязчивые действия обычно обусловлены навязчивыми страхами

и сомнениями и являются как бы защитными от действия других видов Н.с. (например, бесконечная проверка своих действий при навязчивых сомнениях, многократное мытье рук при страхе заражения).

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ – преемственная связь живых элементов, обеспечивающая повторяемость в ряду поколений сходных типов обмена веществ и индивидуального развития. Человеческая наследственность определяет анатомо-физиологическую структуру человеческого организма, присущие ему формы обмена веществ, стадии его созревания, физические признаки, пол, цвет кожи, некоторые индивидуально-психические особенности и др. Наследственность

обеспечивается самовоспроизведением материальных единиц наследственности – генов, локализованных в специфических структурах ядра клетки – хромосомах.

НЕВРОЗЫ – группа “пограничных” функциональных нервно-психических расстройств, проявляющихся в специфических клинических феноменах

при

отсутствии психотических явлений. Н. имеют полифакторную природу. В этиологии Н. определенную роль играют следующие факторы: биологические (наследственность и конституция, длительные соматические заболевания); социально-психологические (неблагоприятные семейные обстоятельства, неправильное воспитание в семье); факторы, имеющие психологическую природу (преморбидные особенности личности, психические травмы и т. п.). Для клинической картины Н. характерно сочетание нарушений высшей нервной деятельности и соматовегетативных расстройств с субъективными переживаниями (чувством тревоги, собственной неполноценности, переживаниями, связанными с конфликтной психотравмирующей ситуацией,

и др.). Среди Н. выделяют неврастению, Н. страха, истерический Н. и Н. навязчивых состояний. Неврастения является следствием перенапряжения, истощения нервной системы, переутомления. Клиническим проявлением неврастении является синдром раздражительной

слабости (невыносимость к сильным раздражителям, подавленное настроение и т.п.). Работоспособность нарушается вследствие ослабления внимания и повышенной утомляемости. Нередко наблюдаются плохой сон, головные боли, сексуальные нарушения. У детей неврастенические реакции возникают чаще всего после перенесенных инфекций на почве общей соматической слабости. Чувство страха в клинической картине различных Н. занимает большое место. Если синдром страха является ведущим, можно говорить о Н. страха. Непосредственной причиной Н. страха могут стать остро и длительно действующие психические травмы (разлука с близкими, болезнь и смерть близких и др.). Страх может выступать как общее неопределенное немотивированное состояние повышенной тревожности и как локализованный страх, относящийся к определенной части (органу) тела или конкретной ситуации (страх высоты, замкнутых пространств и т.п.). При истерическом Н. клиническая симптоматика может проявляться в моторной сфере (судорожные припадки, астазия-абазия), в виде сенсорных нарушений (истерическая глухота, слепота, мутизм) и вегетативно-висцеральных расстройств (рвоты, поносы, нарушения сердечно-сосудистой деятельности и др.). Характерной чертой указанных расстройств является, как правило, их небольшая глубина,

демонстративность переживаний, их четкая ситуативная обусловленность. У детей истерические реакции имеют ряд особенностей: наиболее частыми нарушениями у них могут быть энурез, заикание, анорексия. Н. навязчивых состояний чаще возникают у людей с особым складом характера, у которых с раннего детства отмечается тревожность, повышенная ригидность, неуверенность в себе, мнительность. Нередко возникают навязчивые страхи (фобии) – кардиофобия, канцерофобия, страх покраснения и др. Особенно часто навязчивые страхи (боязнь острых предметов, темноты, закрытых дверей и т.п.) наблюдаются у детей. Симптомами навязчивости могут выступать также навязчивые мысли, воспоминания, движения и действия, характеризующиеся критическим к ним отношением со стороны больного. В лечении Н., наряду с общеукрепляющими мероприятиями и медикаментозными воздействиями, ведущая роль принадлежит психотерапии.

НЕВРОТИЗМ – психическое состояние, характеризующееся эмоциональной неустойчивостью, тревогой, снижением самооценки, самоуважения, вегетативными расстройствами (не следует отождествлять с неврозом, так как невротизм может быть свойственен здоровому человеку).

НЕГАТИВИЗМ ДЕТСКИЙ – форма протеста ребенка против реально существующего или воспринимаемого как реальное неблагоприятного отношения к нему со стороны сверстников или взрослых. Негативизм может проявляться по-разному: в повышенной грубости, упрямстве, в замкнутости, отчужденности. Психологической основой негативных реакций во всех случаях является неудовлетворение ребенком каких-то чрезвычайно существенных для него потребностей социального характера: потребности в общении, в одобрении, в уважении, в эмоциональном контакте – эмоциональном созвучии со значимым другим (сверстником или близким взрослым). Блокирование потребности становится источником глубоких переживаний, которые по мере их осознания ребенком все более способствуют возникновению у него негативных тенденций в поведении. Как реакция на неуспех (в достижении желаемого) негативная реакция является компенсаторной, защитной. Она помогает ребенку “выстоять” в трудной, конфликтной для него жизненной ситуации в одних случаях за счет внешнего обесценивания существенной для него потребности, в других – путем утверждения себя “любой ценой”: нарочитой недисциплинированностью, шутовством и т.п. Негативные реакции при длительном эмоциональном неблагополучии ребенка могут стать качествами его личности. Однако этот процесс не фатален. Своевременная диагностика причины эмоционального неблагополучия ребенка, его переживаний и дальнейшее “активное устройство” в коллективе могут значительно смягчить Н.д. в поведении, а в некоторых случаях полностью устранить его.

НЕПОЛНОЦЕННОСТЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. Приблизительно в каждой

седьмой семье имеются дети с недостатками - от незначительных физических аномалий типа родимого пятна на лице до функциональных нарушений с локализацией поражения, таких как неспособность приобретения специфических образовательных навыков; от серьезных увечий, как слепота, глухота, замедленное умственное развитие, ортопедические и неврологические нарушения, до нарушений, возникающих в результате хронического или изнуряющего заболевания типа астмы или дистрофии мышц или же тяжелых и фатальных заболеваний типа лейкемии. Широко распространено мнение об органической этиологии большинства детских увечий.

Если увечье существенно и возникает при рождении, оно может сказаться на развитии привязанности между родителями и ребенком.

Если, однако, неполноценность проявилась спустя длительный период, у родителей с ребенком могла уже установиться тесная связь. Эта связь имеет важное значение для родителей в плане оказания эмоционального воздействия на ребенка и организации необходимого ухода и

воспитания.

Тяжесть увечья или недоразвитости может усилить внимание родителей к ребенку, однако прямой зависимости между степенью тяжести детского порока и родительскими чувствами в проведенных специальных исследованиях обнаружено не было. Для некоторых родителей даже родимое пятно на лице ребенка может стать серьезной травмой.

Ортопедические аномалии и слепота оказываются серьезным барьером для материнской привязанности вследствие значительного несоответствия нормальному состоянию, из-за опасения, что ребенок останется физически зависимым или беспомощным в течение неопределенного периода или что он никогда не сможет установить зрительный контакт с матерью, который в значительной степени усиливает материнскую

заботу.

Огромный удар могут нанести финансовые сложности, возникающие в связи с особыми потребностями некоторых детей-инвалидов.

Уход за беспомощным ребенком часто опустошает физически и эмоционально. Учитывая многочисленные стрессы, которые подстерегают родителей, не приходится удивляться, что супруги, имеющие детей-инвалидов, чаще сталкиваются с супружескими проблемами, разводятся, кончают жизнь самоубийством и становятся алкоголиками.

НИКТОФОБИЯ – иррациональный, необъяснимый страх ночи, темноты.

ОБУЧАЮЩИЕ МАШИНЫ для аномальных детей используются как вспомогательное средство в специальном обучении. Их задача - содействовать коррекции и компенсации дефектов аномальных детей, индивидуализации процесса их обучения, способствовать активности и

самостоятельности аномальных детей.

Олигофрения – слабоумие. Недоразвитие психики ребенка врожденного характера при приобретенного в первые годы жизни. Причинами могут быть – заболевания матери (токсоплазмоз, краснуха, грипп) во время беременности, осложнениями при рождении (внутричерепная родовая травма, асфиксия), тяжелыми инфекциями и интоксикациями (менингиты, энцефалиты) в раннем детском возрасте. Причинами олигофрении могут быть дефекты формирования половых клеток родителей (алкоголизм и др.). Ведущими признаками является недоразвитие познавательной деятельности, непрогрессирующее слабоумие. Выделяют три степени олигофрении: идиотия, имбецильность, дебильность.

ОЛИГОФРЕНОПЕДАГОГИКА - наука о воспитании, обучении и путях коррекции недостатков развития умственно отсталых детей.

Остеомиелит – хронические длительные костные инфекции. Возбудители – грибки и бактерии различных типов. Костные инфекции являются весьма распространенным осложнением после травм, ожогов и пролежней.

Паралич – полная потеря движений.

Параплегия – паралич обеих рук или ног.

ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ - прохождение в предусмотренный срок очередной комиссии с целью определения наличия или отсутствия динамики в течении заболевания. Соответственно Бюро медико-социальной экспертизы принимает решение о продлении уже установленной больному ранее группы инвалидности, ее изменении, возможности трудовых рекомендаций. При наличии показаний больной может быть направлен на комиссию досрочно.

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ – упорно повторяющееся непроизвольное, назойливое возобновление у человека какого-либо образа, мысли, действия или психического состояния, часто вопреки его воле. Можно говорить о персеверации памяти, движения, мышления. По своему содержанию персеверация близка к навязчивым психическим состояниям.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ – слабо выраженные нервно-психические расстройства, состояния на грани нормы и психического отклонения. Полиомиелит – инфекционное заболевание, вызывающее поражение костного мозга. Он является наиболее часто распространенной причиной возникновения физических недостатков у детей. Вирус полиомиелита, попадая в организм, проникает через кровь в нервную систему, где поражает различные отделы, особенно двигательные клетки передних рогов спинного мозга и двигательные корешки, управляющие движениями. Вирус полиомиелита распространяется либо воздушно-капельным путем (кашель, чихание), либо по типу кишечных инфекций (через фекалии больного). Главное средство профилактики полиомиелита – вакцинация детей.

ПРОФИЛАКТИКА - совокупность мероприятий, направленных на

предупреждение развития заболевания или его рецидива. Задачи профилактики:

предотвращение действия на организм болезнетворных причин;
предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения;

предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

ПСИХОГИГИЕНА – часть общей гигиены, разрабатывающая мероприятия по сохранению и укреплению нервно-психического здоровья человека. П. тесно связана с психопрофилактикой, направленной на устранение факторов, вредно отражающихся на психике человека, и использование факторов, положительно на нее влияющих. Важная задача психопрофилактики – ранняя диагностика и лечение начальных форм психических заболеваний. Своевременно проведенные мероприятия могут предупредить возникновение не только психических, но и некоторых соматических заболеваний (гипертония, инфаркт и др.). Основные задачи П.: 1) изучение влияния различных условий среды – производственных, бытовых, социальных – на психику человека; 2) разработка оптимальных норм труда, отдыха и быта; внедрение в практику мероприятий по укреплению нервной системы, повышению ее сопротивляемости вредным воздействиям и обеспечению наилучших условий для нормального развития и функционирования психики человека; 3) пропаганда психогигиенических знаний. Выделяют возрастную П., П. труда, быта, семьи и половой жизни, военную П., включающую мероприятия, направленные на укрепление нервно-психического здоровья личного состава армии и повышение ее боеспособности, спортивную, космическую, изучающую условия труда космонавтов и их состояние в космическом пространстве. Для педагогов и учащихся особый интерес представляет П. педагогического процесса и умственного труда, направленная на обеспечение условий гармонического развития учащихся и максимальной эффективности обучения.

ПСИХОЗЫ – расстройства психической деятельности, проявляющееся в нарушениях реальной действительности, изменения обычного, типичного для большинства людей поведения и отношения к происходящему.

Психокоррекционного или психотерапевтического воздействия на людей, рассчитанного на избавление их от каких-либо проблем психологического характера, исправление поведения или улучшение состояния здоровья.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ – целенаправленное изменение психологии или поведения

здорового человека, нуждающегося в оказании психологической помощи, посредством методов психологического воздействия на него.

ПСИХОТЕРАПИЯ - процесс лечебного воздействия врача психологическими методами на психику отдельного больного или группы больных. По В.П. Мясищеву, основная задача психотерапии заключается в изменении личности больного на основе сознания причин и характера развития болезни и перестройки отношения больного к патогенным факторам заболевания.

РЕАБИЛИТАЦИИ ЭТАПЫ - I - этап восстановительного лечения, задачей которого является предупреждение формирования психического дефекта, инвалидизации, госпитализма (ведущая роль биологической терапии, включающей психофармакологические средства; ликвидация или смягчение

психотической симптоматики создает предпосылки для организации психосоциальных мероприятий); II - этап реадaptации, заключающийся в развитии возможностей приспособления больных к условиям внешней среды (основную роль здесь играют психосоциальные воздействия, направленные на стимуляцию социальной активности больного; биологические средства выполняют роль поддерживающей терапии); III - этап собственно реабилитации, задача которого - восстановить больного в его правах, в его доболезненных отношениях с окружающей действительностью (социальные мероприятия по упорядочению быта больного и его трудоустройству).

РЕАБИЛИТАЦИЯ - комплексное, направленное использование медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне. Основные принципы реабилитации сформулированы М.М. Кабановым (1971): 1. Единство биологических и психосоциальных воздействий - при построении системы реадaptации, восстановления, компенсации учитываются клинко-биологические и психологические факторы. 2. Разносторонность ("разноплановость") усилий для организации реабилитационной программы - учитываются разные стороны жизнедеятельности больного, различные сферы реабилитации (психологическая, общественная, семейная, профессиональная). 3. Апелляция к личности больного, принцип "партнерства" - личность больного включают в лечебно-восстановительный процесс, добиваясь активного его участия в восстановлении нарушенных функций организма и социальных связей. 4. Ступенчатость (переходность проводимых воздействий и мероприятий, используются переходные режимы внутри лечебных отделений, в дневных и ночных стационарах, в санаториях и профилакториях).

РЕАДАПТАЦИЯ - комплекс мероприятий, направленный на приспособление на том или ином уровне к условиям внешней среды. Реадaptация, по мнению многих ученых, является этапом реабилитации, на котором преобладают психосоциальные методы воздействия, стимуляции

социальной активности больных (трудовая терапия, профессиональное обучение или переобучение), специальная педагогическая работа с психотерапевтической направленностью, проводимая с больными и их родственниками.

РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ – психические состояния, в клинической картине

которых отражается содержание психических травм (психогении). Выделяют следующие виды реактивных состояний: 1) реактивные депрессии, когда психическая травма приводит к угнетенному состоянию, малоподвижности, сосредоточенности на происшедшем; 2) аффективно-шоковые состояния, возникающие как реакция на сильный стрессор.

РЕГРЕССИЯ - один из механизмов психологической защиты, при котором субъект возвращается к формам поведения, типичным для предшествующих

стадий его развития. В трудных ситуациях человек, подобно ребенку, проявляет свою зависимость от окружающих, отказывается от самостоятельности в поступках, от приема собственных решений, от своей ответственности за что-либо. Это явление играет большую роль в развитии госпитализма, в уходе в болезнь, бегстве в мир мечтаний.

РЕЛАКСАЦИЯ – процесс снятия стрессовых нагрузок, психического напряжения, достижение состояния покоя, расслабленности после сильных переживаний или физических нагрузок.

РЕТРОСПЕКЦИЯ – обзор прошедших событий, мысленное обращение к прошлому, в частности к своим переживаниям, поступкам и действиям.

РЕФЛЕКСИЯ – внутренняя психическая деятельность человека, направленная на осмысление своих собственных действий и состояний; самопознание человеком своего духовного мира. Данный термин возник в философии и означал процесс размышления индивида о происходящем в его собственном сознании; позднее был заимствован психологией.

РЕФЛЕКСОГЕННЫЕ ЗОНЫ – области расположения в организме специфических

рецепторов, раздражение которых вызывает те или иные специфические безусловные рефлексы.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ - общее определение лечебных методов, основанных на раздражении специфических (биологически активных) зон, точек кожной поверхности - иглоукалывание, электропунктура, аурикулотерапия и др.

СЕНСОРНЫЙ – связанный с работой органов чувств.

СОЗНАНИЯ ПАТОЛОГИЯ – расстройство сознания, приводящее к нарушению адекватного отражения объективной реальности. Различают следующие виды расстройства сознания: 1) оглушение – повышение порога чувствительности для всех внешних раздражений; восприятие и

переработка информации затруднены, больные равнодушны к окружающему,

обычно неподвижны; 2) аменция – полное прекращение ориентировки в окружающем, утрата осознания своей личности, отсутствие запоминания; 3) онейроид (сновидное расстройство сознания) – яркие фантастические переживания, переплетающиеся с частичным восприятием объективной реальности; 4) сумеречное помрачение сознания – сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с сохранением взаимосвязанных действий и поступков; сопровождается яркими галлюцинациями и сильным аффектом

страха, злобы и тоски; появляется стремление к агрессивным действиям; 5) кома – самая глубокая степень расстройства сознания; больные не реагируют на окружающее, даже на болевые раздражители, зрачки расширены, реакция на свет отсутствует, нередко появляются патологические рефлексy. Расстройства сознания возникают при психических заболеваниях и органических поражениях головного мозга, связанных с травмой, опухолью и т.д. К тонким симптомам расстройства сознания относятся контаминации.

СОЦИАЛЬНАЯ САМОПОМОЩЬ - совокупность социальных и социально-психологических средств, используемых отдельным индивидом или определенной социальной группой для поддержания достойных условий своего существования по оптимизации и организации совместной жизнедеятельности и собственной социальной активности. Характер и направленность социальной самопомощи определяются, прежде всего, развитостью социального мышления индивида, группы, общества в целом, что оказывает существенное влияние на выбор их жизненных стратегий, основных задач самопомощи, ценностных ориентаций. Одним из показателей социального развития населения является обретение им способности к эффективной самопомощи, овладение субъектной роли во всех сферах жизни общества.

Значимость социальной самопомощи, ее развитость и активность использования особенно заметны в периоды социально-экономических и социально-политических изменений, происходящих в обществе, так как в этот период возрастает роль адаптивных механизмов различных категорий населения.

СОЦИАЛЬНАЯ УСТАНОВКА – отношение человека к людям, социальным событиям, фактам и многому другому, что для него значимо. Социальная установка включает в себя три компонента: когнитивный (знания об объекте), эмоциональный (чувства, которые он вызывает) и поведенческий (действия, которые он порождает).

СТРАХ – психическое состояние, связанное с выраженным проявлением астенических чувств – тревоги, беспокойства и т.д. в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и

направленное на источник действительной или воображаемой опасности.

СТРЕСС - состояние человека, неспецифические его реакции на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях, возникающие в ответ на чрезвычайно сильные экстремальные раздражители. Основные виды стресса - физиологический и психологический. Последний разделяется на информационный и эмоциональный. Аффективная окраска ситуации, вызвавшей стресс, несущественна. Это могут быть и отрицательно, и положительно окрашенные события, явления. Например, стресс может возникнуть при получении радостного известия. Стресс может оказывать положительное, мобилизующее влияние, но может проявляться негативно, приводя к дезорганизации деятельности организма. Стресс с отрицательным воздействием обозначается как дистресс.

СУРДОПЕДАГОГИКА - отрасль педагогической науки, разрабатывающая вопросы воспитания и обучения детей, страдающих глухотой или сильной тугоухостью.

ТЕРАПИЯ СРЕДОЙ - один из методов социотерапевтического воздействия, близко примыкает к психотерапии, особенно коллективной. Важную роль играют микросредовые факторы, создание сплоченного коллектива больных с общими интересами и т.д.

ТИФЛОПЕДАГОГИКА - наука о воспитании и обучении детей с глубокими нарушениями зрения.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ – терпеливость, выносливость, психическая устойчивость при наличии фрустраторов и стрессоров, сформировавшиеся в результате снижения чувствительности к их повторяющемуся воздействию.

ТРАВМА ПСИХИЧЕСКАЯ – частичное или полное психическое отклонение от нормы в результате воздействия чрезвычайно сильного стрессора, фрустратора.

Травма спинного мозга – разрыв или серьезное повреждение центрального нервного ствола в области шеи или спины. Когда повреждается спинной мозг утрачивается или снижается чувствительность и движение в теле ниже уровня травмы. Обычно происходит в результате несчастного случая.

ФОБИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ – навязчивое неадекватное ситуации состояние страха конкретного содержания, близкое к патологическому, охватывающего субъекта в определенной (фобической) обстановке и сопровождающееся сердцебиением, обильным потоотделением и т.д.

ЭЙФОРИЯ – повышено радостное, веселое настроение; состояние благодущия и беспечности, не оправданное ни объективным состоянием человека, ни окружающей обстановкой. При Э. наблюдается мимическое и общее двигательное оживление, иногда психомоторное возбуждение, многословие. Э, отмечается при олигофрении, травматических заболеваниях (особенно при поражении лобных долей мозга), при

некоторых психических, инфекционных, эндокринных расстройствах и др.

ЭКСПЕРТИЗА ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ - освидетельствование психического состояния лица, стационарное или амбулаторное, для решения вопросов его трудоспособности (врачебно-трудовая экспертиза), вмещаемости и дееспособности (судебно-психиатрическая экспертиза), пригодности к военной службе (военно-психиатрическая экспертиза). Экспертиза психиатрическая использует данные клинического наблюдения и обследования, анализ анамнестических сведений (субъективных и объективных), имеющуюся документацию, отражающую предшествовавшие обращения обследуемого за медицинской помощью, данные лабораторных исследований.

ЭМОЦИИ – элементарные переживания, возникающие у человека под влиянием общего состояния организма и хода процесса удовлетворения актуальных потребностей.

Эпилепсия - хроническое заболевание головного мозга, протекающее в виде преимущественно судорожных припадков с потерей сознания и изменениями личности. Эпилепсия может быть самостоятельным заболеванием (генуинная эпилепсия) и симптоматической (вследствие воспалительных заболеваний, опухолей, травм головного мозга). Клинические проявления эпилепсии многообразны. В целом выделяют судорожные и бессудорожные параксизмы, психозы и эпилептические изменения личности. Среди судорожных параксизмов выделяют: 1) большой эпилептический припадок; 2) малый эпилептический припадок; 3) фокальный эпилептический припадок. Большой эпилептический припадок длится 2-5 минут. Обычно начинается внезапно. У ряда больных возникают предвестники – аура (звуковые, зрительные, обонятельные галлюцинации). Малые эпилептические припадки протекают с кратковременным изменением тонуса отдельных мышц, расстройством сознания, последующей амнезией. В некотором случае малые эпилептические припадки могут проявляться лишь во внезапном кратковременном выключении сознания без каких-либо других проявлений.

ЭФФЕКТ ПЛАЦЕБО – улучшение состояния организма, психического состояния, за счет самовнушения при приеме физиологически нейтрального вещества, выдаваемого за сильное лекарственное, психотропное средство.