

# ДЕФЕКТОЛОГИЯ

**СЛОВАРЬ-  
СПРАВОЧНИК**

**Сергей Сергеевич Степанов**  
**Дефектология. Словарь-справочник**

*Текст предоставлен правообладателем*  
[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=5611326](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=5611326)

*Дефектология: Словарь-справочник / Авт.-сост. С.С. Степанов; Под ред. Б.П. Пузанова.: ТЦ  
Сфера; Москва; 2004  
ISBN 978-5-7301-0111-2*

**Аннотация**

В Словарь-справочник включено более 300 статей, в которых даются развернутые определения наиболее часто встречающихся в специальной литературе дефектологических терминов и понятий, приводятся основные теоретические и фактические данные, связанные с содержанием каждого термина и понятия.

Пособие предназначено широкому кругу читателей.

# Содержание

От автора-составителя	5
Список сокращений	7
А	8
Б	24
В	28
Г	30
Конец ознакомительного фрагмента.	36

**Автор-составитель**  
**Степанов Сергей Сергеевич**  
**Дефектология. Словарь-справочник**

Рецензенты

*Ю. Т. Матасов*, канд. психол. наук г. Санкт-Петербург;

*Н. Ф. Слезина*, канд. пед. наук г. Москва

## От автора-составителя

Словарь-справочник представляет собой учебно-справочное издание, в котором раскрывается содержание ряда терминов и понятий современной дефектологии и некоторых смежных дисциплин. Словарь-справочник предназначен в первую очередь студентам педагогических вузов, изучающим курс дефектологии. Он является дополнением к учебному пособию «Основы дефектологии» (авторы В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов), на основе которого и составлен. Этим определяется его основная задача – дать определение понятиям, встречающимся при изучении данного курса и чтении специальной литературы по дефектологической проблематике.

Современная дефектологическая литература изобилует терминами, для уточнения которых читателю часто требуется обращаться к изданиям прошлых лет, ставшим сегодня библиографической редкостью. Это снижает доступность многих текстов не только для студентов, но и для дефектологов-практиков, не говоря уже о педагогах массовых школ, не получивших дефектологической подготовки, но часто испытывающих необходимость в специальной информации. Та же проблема, но с еще большей остротой встает перед родителями аномальных детей, ищущими в специальной литературе ответы на возникающие у них вопросы.

До настоящего времени единственным справочным источником по дефектологии служил «Дефектологический словарь» (2-е изд., М.: Педагогика, 1970). Круг понятий, которые охватывает данный Словарь-справочник, значительно уже, в то же время в него включены многие термины, не нашедшие отражения в других справочных источниках. Содержание ряда статей близко перекликается с содержанием аналогичных статей в «Дефектологическом словаре», поскольку основные понятия дефектологии не претерпели существенных изменений. Некоторые же понятия потребовали принципиально иной трактовки, так как в последние годы дефектологическая наука и практика не стояли на месте. Этим же объясняется и необходимость введения некоторых новых терминов.

Отсутствие конкретных библиографических ссылок объясняется спецификой данного издания, а также тем, что текст Словаря-справочника не содержит прямых заимствований и цитат.

На протяжении многих лет ряд понятий и феноменов, изучаемых в дефектологии, выступает предметом дискуссий и находит неоднозначное толкование. Автор-составитель стремился, насколько это возможно, соблюсти нейтральный стиль изложения. В некоторых случаях приводятся различные варианты определений. Позиции отдельных специалистов, считающиеся весьма спорными, в данном издании не отражены. Поэтому предложенные определения не могут служить целям доказательства или опровержения той или иной научной позиции. Цель данного справочника – информировать, а не вносить свой вклад в дискуссии.

Наряду с сугубо дефектологическими терминами Словарь-справочник содержит несколько медицинских (в частности, психиатрических) и психологических терминов, часто встречающихся в дефектологическом контексте.

Несколько статей посвящены терминам, исключенным из научного лексикона или имеющим ограниченное употребление. Разъяснение таких терминов призвано помочь читателю освоить корректную научную лексику и исключить употребление ряда житейских и устаревших понятий, осознав их ограниченность и несовершенство.

Статьи сгруппированы в алфавитном порядке. Облегчению их поиска служит тематический указатель. Приняты также традиционные для справочных изданий сокращения: понятие, которому посвящена статья, в тексте обозначается одной заглавной буквой (Аффект

– А.; Косоглазие – К. и т. д.), либо, если оно включает несколько слов, каждое составляющее слово сокращается до первой буквы, из них первая буква заглавная (например, Коррекционно-воспитательная работа – К.-в. р.).

В различных статьях неоднократно встречаются понятия, которым посвящены отдельные статьи. В тех случаях, когда это способствует более широкому ознакомлению с проблемой, подобные слова выделяются курсивом; это означает, что существует соответствующая статья, где можно почерпнуть дополнительную информацию. Иногда такого рода ссылка не имеет принципиального значения; в этих случаях курсив не употребляется.

Данный Словарь-справочник представляет собой значительно расширенное и обновленное издание словаря, впервые выпущенного в 1996 г. Ряд статей в новом издании дополнены, включено свыше 100 новых статей, в том числе статьи-персоналии, посвященные известным ученым, внесшим значительный вклад в развитие дефектологии.

Статьи Словаря-справочника лаконичны и содержат лишь терминологическое толкование и основное содержание понятий. Глубокое ознакомление с конкретной проблемой, безусловно, требует обращения к более подробным источникам.

## Список сокращений

в. – век  
г., гг. – год, годы  
греч. – греческий  
др. – другой.  
ДЦП – детский церебральный паралич  
ЗПР – задержка психического развития  
и т. д. – и так далее  
и т. п. – и тому подобное  
лат. – латинский  
лит. – литература  
пер. – перевод  
РДА – ранний детский аутизм  
рус. – русский  
см. – смотри  
соч. – сочинения  
т. е. – то есть  
т. к. – так как  
фр. – французский  
ЦНС – центральная нервная система

## А

**АБАЗИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и *basis* – основа, опора) – двигательное расстройство, состоящее в утрате способности стоять и ходить при отсутствии органических повреждений.

**АБАЛИЕНАЦИЯ** (от лат. *ab* — от, *alienus* — чужой) – отчуждение; симптом личностных изменений. Наблюдается при шизофрении (в рамках аутизма) и при психопатиях, патологическом формировании характера.

**АБЛЮТОМАНИЯ** (от лат. *ablutum* – мыть, смывать и греч. *mania* – болезненная склонность) – навязчивое мытье рук в связи с бредовыми идеями загрязнения, заражения. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и при навязчивостях в рамках шизофренического процесса, особенно часто – при детской шизофрении.

**АБСАНС** (от фр. *absence* — отсутствие) – кратковременное бессознательное состояние, возникающее при некоторых формах эпилепсии; блокировка сознания.

**АБСТИНЕНЦИЯ** (лат. *abstinentia* – воздержание) – синдром психических и физических расстройств, наступающих при внезапном прекращении поступления в организм алкоголя, наркотических и токсических веществ, по отношению к которым имеется токсикоманическая зависимость. Может наблюдаться и при приеме препаратов, являющихся антагонистами к перечисленным, а также при лечении антидепрессантами.

**АБУЛИЯ** (греч. *abulia* — нерешительность) – психопатологический синдром, состоящий в нарушении волевой регуляции поведения. Наблюдается при некоторых психических заболеваниях (в частности, *шизофрении*), а также как следствие поражения лобных долей головного мозга. В состоянии А. больные отличаются вялостью, отсутствием побуждений к деятельности (хотя необходимость тех или иных действий может ими отчетливо осознаваться). Нерезко выраженная А. иногда наблюдается при *неврозах*. Постановка диагноза требует различения А. и слабоволия как следствия неправильного воспитания.

**АВТОНОМАЗИЯ** (греч. *autos* — сам; *onome* — имя) – разновидность амнестической *афазии*, проявляющаяся в первую очередь в затруднениях при назывании имен людей.

**АГГЛЮТИНАЦИЯ** (от лат. *agglutinatio* – склеивание) – элементарный механизм преобразования имеющихся у человека представлений в процессе воображения; заключается в синтезе, комбинировании (“склеивании”) разнородных элементов, в результате чего создаются образы объектов, не встречающихся в действительности (например, образы кентавра, русалки и т. п.). В обостренной форме наблюдается при шизофрении (в частности, выступает одним из механизмов образования неологизмов), а также при очаговых корковых нарушениях речи.

Синоним – контаминация.

**АГГРАВАЦИЯ** (от лат. *aggravatio* – отягощение) – субъективное преувеличение тяжести реально существующего заболевания или дефекта. Нередко выступает симптомом психических нарушений, в частности *психопатий*. У аномальных детей может иметь невротический характер, т. е. возникать в результате психической травмы, в частности хронической – при постоянном акцентировании внимания на дефекте. Успешная коррекционно-воспитательная работа с аномальными детьми значительно снижает вероятность возникновения А.

А. следует отличать от симуляции.

**АГНОЗИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *gnosis* — познание) – нарушение восприятия, возникающее при поражении коры больших полушарий головного мозга. Различают зрительную (оптическую), слуховую (акустическую) и осязательную (тактильную) А. Больной, страдающий А., хотя и не утратил остроты зрения, слуха или осязательной чувствительности, становится не способен узнавать предметы и их изображения,



а также звуки (в частности, звуки речи). Возникновение А. в детском возрасте вызывает серьезные отклонения в психическом развитии. При зрительной А. ребенок оказывается дезориентированным в окружающей среде, что может привести к отставанию в умственном развитии. При слуховой А. возникают отклонения в развитии речи и как следствие – затруднения в освоении чтения и письма. Корректирующее обучение осуществляется с опорой на сохранные анализаторы.

**АГРАММАТИЗМ** (от греч. *agrammatos* — нечленораздельный) – нарушение речевой деятельности, выражающееся в неправильном использовании грамматической системы языка. Различают импрессивный А. – ошибки в понимании значения грамматических конструкций, а также экспрессивный А. – ошибки в грамматическом оформлении активной речи. А. возникает вследствие поражения определенных (речевых) зон коры головного мозга. Обычно является симптомом *афазии*; у детей наблюдается при *алалиях*. Явления А. могут быть компенсированы в результате специального восстановительного обучения.

В сурдопедагогике термин «А.» используется для обозначения недостатков в грамматическом оформлении речи у детей с нарушениями слуха. У слабослышащих и особенно у глухих детей в условиях ограниченного речевого общения замедленное овладение грамматическим строем языка является столь же закономерным, как и недостаточность словарного запаса. На раннем этапе развития эти дети в равной мере затрудняются в усвоении грамматических и лексических значений слова. Специальное обучение, направленное на формирование практических грамматических обобщений и их осмысление, а также расширение речевого общения помогают глухим преодолеть А.

Термин «А.» употребляется также для характеристики ошибок в грамматическом оформлении речи умственно отсталых детей, страдающих речевым недоразвитием.

**АГРАФИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и *grapho* — пишу) – нарушение письма. Как правило, А. обусловлена поражением речевого отдела коры больших полушарий головного мозга и является симптомом речевых расстройств, связанных с нарушениями звукового анализа слов и овладения звуковым составом слова. У детей А. может выступать одним из проявлений *алалии* или *афазии*. А. необходимо отличать от ошибок при письме, характерных для детей с нарушениями слуха. Компенсация А. осуществляется с опорой на зрительные и кинестезические ощущения звукопроизношения.

**АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ** – враждебные действия с целью нанесения физического или морального ущерба другому человеку. Возникает как импульсивная реакция в условиях конфликта, невозможности удовлетворения потребностей. У маленьких детей А. п. носит неосознанный характер, поскольку у них еще недостаточно развита произвольная регуляция собственных действий. По мере социальной адаптации (см. *Адаптация социальная*) ребенок осваивает общественно приемлемые способы разрешения конфликтов и удовлетворения потребностей. Неизжитая склонность к А. п. часто свидетельствует о недостатках воспитания, но в ряде случаев является симптомом психических расстройств.

Существует множество приемов, с помощью которых можно добиться изменения поведения в желательную сторону. Однако они оказываются по существу малоэффективны без коррекции внутренней системы побуждений. Порой приходится признать, что “исправившийся” задира и безобразник лишь “затаился”. Не устраненные внутренние импульсы его деструктивности при этом продолжают накапливаться и рискуют прорваться в самой непредсказуемой форме.

Природу этих импульсов ученые объясняют по-разному, и, пожалуй, каждая их версия содержит рациональное зерно. Один аспект детской агрессивности отмечается в некоторых работах, но практически никем еще не был досконально изучен. Это компенсаторный характер некоторых деструктивных действий, которые, как можно предположить, направлены на избавление самого агрессора от чувства неполноценности, обделенности, ущербно-

сти. Часто такого рода поступки могут производить впечатление вовсе не мотивированных, то есть всецело продиктованных якобы порочной натурой агрессора. Мотив тут, однако, присутствует. Им выступает “восстановление справедливости”, месть за поруганное достоинство, направленная, однако, не на непосредственный источник унижения (что небезопасно), а на объект беззащитный, возможно и вовсе неодоушевленный. Соответствующие поступки могут совершаться исподтишка или в такой ситуации, которая позволяет агрессору оставаться неуязвимым. Понятно, что со стороны это производит особенно отвратительное впечатление.

По мнению А. Адлера, ощущение собственной неполноценности неизбежно возникает у любого ребенка в процессе становления его самосознания. Причина тому очень проста и вполне очевидна: по сравнению с сильными, компетентными и умелыми взрослыми ребенок еще очень мал, слаб, неумел, знает еще очень мало – а ведь для детей, как и для некоторых взрослых, недостаток знаний равносителен глупости. На фоне взрослых ребенок, в самом деле, выглядит, а в известном смысле и является неполноценным. Это особенно справедливо в отношении аномальных детей (их изучение в первую очередь и натолкнуло Адлера на создание соответствующей концепции), чья неполноценность на фоне здоровых сверстников выступает объективно и может явиться источником тяжелых эмоциональных переживаний.

Однако, если быть верным первоисточнику, “чувства неполноценности сами по себе не являются ненормальными; они – источник всех улучшений в жизни человека и человечества”. Здоровое стремление компенсировать свою слабость, преодолеть неполноценность является движущей силой развития и роста – в меньшей мере физического, в исключительной мере – интеллектуального и личностного. Когда такое здоровое стремление блокируется, чувства неполноценности и впрямь могут принять болезненные формы и вылиться в нездоровые проявления. Агрессивность – одно из них.

Таким образом, агрессивность, вероятно, следует рассматривать не как самостоятельное явление (по крайней мере – в определенных случаях), а как симптом внутреннего неблагополучия, неудовлетворенности своим положением в отсутствие видимых перспектив его улучшения. В таких случаях эффективная коррекция А.п. с необходимостью требует адекватной диагностики этого самого неблагополучия, устранения его причин. Последнее, в свою очередь, требует открыть перед ребенком реальные перспективы выхода из личностного тупика.

**АДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ** (от лат. *adapto* – приспособляю и *socium* — общество) – активное приспособление к условиям социальной среды путем усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе. В процессе становления личности А. с. происходит главным образом под влиянием целенаправленных воспитательных воздействий, но может осуществляться и стихийно (за счет подражания и т. п.). А. с. аномальных детей существенно затруднена в силу ограничений, накладываемых дефектом. Этим определяется особая значимость и специфика коррекционно-воспитательной работы с аномальными детьми.

Несмотря на непрерывный характер А.с., ее обычно связывают с периодами кардинальной смены деятельности человека и его социального окружения (так, проблема А.с. в детском возрасте обычно поднимается в связи с поступлением ребенка в детский сад, в школу). Основные типы адаптационного процесса – тип, характеризующийся преобладанием активного воздействия на социальную среду (ребенку, разумеется, почти недоступный), и тип, определяющийся пассивным, конформным принятием целей и ценностных ориентаций группы, – формируются в зависимости от структуры потребностей и мотивов человека. Важным аспектом А.с. выступает принятие индивидом определенной социальной роли; этот аспект детально изучается в рамках особой теории ролей.

А.с. относят к основным механизмам социализации личности.

Эффективность А.с. в значительной степени зависит от того, насколько адекватно индивид воспринимает себя и свои социальные связи. Искаженное или недостаточно развитое представление о себе ведет к нарушениям А.с., крайним выражением которых является аутизм.

В современной зарубежной психологии проблема А.с. рассматривается в рамках комплексного направления, возникшего на базе необихевиоризма и отвлечений психоаналитической психологии, связанных с культурной антропологией и психосоматической медициной. При этом главное внимание уделяется нарушениям адаптации (невротическим и психосоматическим расстройствам, алкоголизму, наркомании и т. п.) и способам их коррекции.

**АДИНАМИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *dynamis* – сила) – состояние патологической мышечной расслабленности, препятствующее двигательной активности. Возникает при длительном голодании, тяжелых соматических заболеваниях и отравлениях, а также при *энцефалите*. У детей А. иногда проявляется наряду с явлениями *астении* вследствие перенесенных инфекционных заболеваний. Является также одним из ранних симптомов туберкулезного *менингита*. Поражение лобных долей головного мозга (вследствие опухолей или травм) приводит к возникновению так называемого апатико-динамического синдрома – сочетания А. с общей вялостью, заторможенностью.

**АДЛЕР** (Adler) Альфред (1870 – 1937) – австрийский врач и психолог, создатель системы индивидуальной психологии. С 1915 г. доцент Венского института педагогики, с 1929 г. профессор психологии Колумбийского университета (Нью-Йорк). В начале деятельности Адлер – последователь *З.Фрейда*, но в 1912 г. заявил об отходе от психоанализа. Отрицая биологизм Фрейда, Адлер наделяет личность социальными побуждениями. Центральным в концепции Адлера является принцип компенсации. Согласно Адлеру, основным фактором развития личности следует считать наличие конфликта между чувством (комплексом) неполноценности и порожденным им стремлением к превосходству. Последнее проявляется уже в первые 4–5 лет жизни ребенка в виде «цели победы», которая направляет его помыслы и действия, создает определенный «стиль жизни», обеспечивает равновесие личности. Стремление человека к преодолению чувства неполноценности приводит к различным видам компенсации. Соответственно главная задача воспитания состоит в нейтрализации чувства неполноценности за счет направления его компенсации в полезное для общества русло и укрепления «социального чувства». При неправильном педагогическом воздействии чувство неполноценности может перерасти в невроз. Взгляд на неврозы, их генетические корни и способы их лечения Адлер распространил на всю психическую жизнь людей. Идеи Адлера в дальнейшем разрабатывались представителями неофрейдизма и получили широкое распространение в психологии и педагогике Западной Европы и США.

**Соч.** (в рус. пер.): Понять природу человека. – М., 1997; Очерки индивидуальной психологии. – М., 2002; Теория и практика индивидуальной психологии. – СПб., 2003.

**Лит.:** Холл К.С., Линдсей Г. Теории личности. – М., 1997. – С. 139–151; Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. – СПб., 2001. – С. 117–145;; Степанов С.С. Век психологии: имена и судьбы. – М., 2002. – С. 146–151.

**АЗАФИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *saphes* — ясный) – неясная, неотчетливая речь; нечеткое произношение.

**АЗБУКИН** Дмитрий Иванович (1883–1953) – дефектолог и психиатр, член-корреспондент АПН РСФСР (1945), доктор пед. наук (1936), профессор (1925), заслуженный деятель науки РСФСР (1947). Окончил медицинский факультет Московского университета (1910). С 1911 г. работал в психиатрической клинике Московского университета. С 1921 г. на научной и педагогической работе в Москве. С 1947 г. директор НИИ дефектологии. Автор

трудов по олигофренопедагогике, истории специальной педагогики и специальной психологии, школьной гигиене и физическому воспитанию. Организатор подготовки в вузах учителей-дефектологов.

**Соч.:** Умственная отсталость детей и как с ней бороться. – М., 1926; Основы психопатологии и психогигиены детского возраста для педагогов. – М., 1936; Проблемы специальной педагогики и психологии / Труды института дефектологии, 1948, вып. 19.

**АКАЛЬКУЛИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и лат. *calculatio* – счет, вычисление) – нарушение способности к осуществлению счетных операций. Возникает при поражении различных областей коры головного мозга. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм А., которые проявляются по-разному: в нарушении понимания разрядного строения числа (первичная А.), при *афазии* — в нарушениях акустического или зрительного восприятия названий цифр или цифровых символов (вторичная А.), в нарушении произвольного контроля за протеканием умственных действий. А. наблюдается при некоторых формах олигофрении. Дети, страдающие А., нуждаются в специальном коррекционном обучении.

**АКАТАГРАФИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и *katagrapho* — записывать) – нарушение письменной речи, при котором не соблюдается порядок слогов в слове или слов в предложении, происходят их перестановки. Наблюдается чаще всего при органических заболеваниях головного мозга с лобной локализацией поражения.

**АКАТАФАЗИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и *kataphasis* — утверждение, согласие) – расстройство экспрессивной речи, проявление *аграмматизма*. Проявляется виде нарушений грамматической и синтаксической организации речи. Наблюдается при умственной отсталости степени имбецильности.

**АКИНЕЗИЯ**, акинез (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и *kinesis* — движение) – полная утрата двигательной активности; крайне выраженная форма *гипокинезии*.

**АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА** – чрезмерная выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющая крайний вариант психической нормы, граничащий с психопатией. Как считает известный немецкий психиатр К.Леонгард (им предложен этот термин), у 20–50 % людей некоторые черты характера столь заострены (акцентуированы), что это при определенных обстоятельствах приводит к однотипным конфликтам и нервным срывам. При А.х. личность становится уязвима не к любым (как при психопатиях), а лишь к определенным травмирующим воздействиям, адресованным так называемому “месту наименьшего сопротивления” данного типа характера при сохранении устойчивости к другим. Акцентуация может быть выражена по-разному – различают явные и скрытые (латентные) акцентуации, которые могут переходить друг в друга под влиянием различных факторов, среди которых важную роль играют особенности воспитания, социального окружения, профессиональной деятельности, физического здоровья.

Оформляясь к подростковому возрасту, большинство акцентуаций, как правило, со временем сглаживаются, компенсируются и лишь при сложных, травмирующих ситуациях, длительно воздействующих на “слабое звено” характера, могут не только стать почвой для острых эмоциональных реакций, неврозов, но и явиться условием формирования психопатии.

На основании различных классификаций выделяются следующие основные виды А.х.:

- 1) циклоидный – чередование фаз хорошего и плохого настроения с различным периодом;
- 2) гипертимный – постоянно приподнятое настроение, повышенная психическая активность с жадной деятельностью и тенденцией разбрасываться, не доводя дело до конца;
- 3) лабильный – резкая смена настроения в зависимости от ситуации;
- 4) астенический – быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии и ипохондрии;
- 5) сензитивный – повышенная впечатлительность, боязливость, обостренное чувство собственной неполно-

ценности; 6) психастенический – высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждательству; 7) шизоидный – отгороженность, замкнутость, интроверсия, эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сопереживания, трудностях в установлении эмоциональных контактов, недостаток интуиции в процессе общения; 8) эпилептоидный – склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтность, вязкость мышления, скрупулезная педантичность; 9) застревающий (паранойяльный) – повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных аффектов, стремление к доминированию, неприятие мнения других и, как следствие, высокая конфликтность; 10) демонстративный (истероидный) – выраженная тенденция к вытеснению неприятных фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемым для привлечения к себе внимания, поведение характеризующееся авантюристичностью, тщеславием, “бегством в болезнь” при неудовлетворенной потребности в признании; 11) дистимный – преобладание пониженного настроения, склонность к депрессии, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни; 12) неустойчивый – склонность легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие, однако, поверхностный характер; 13) конформный – чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму.

В отличие от “чистых” типов значительно чаще встречаются смешанные формы А.х. – промежуточные (результат одновременного развития нескольких типических черт) и амальгамные (напластование новых черт характера на его сложившуюся структуру) типы.

Учет А.х. необходим для осуществления индивидуального подхода к воспитанию детей и подростков, профориентации, выбора подходящих форм индивидуальной и семейной психотерапии.

**АЛАЛИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и *lalia* – речь) – отсутствие или ограничение способности пользоваться речью при сохранном слухе и интеллекте. Проявляется в стойком недоразвитии механизмов владения фонетико-фонематическими, лексическими и грамматическими средствами языка. Возникает в результате недоразвития или поражения (при травмах, энцефалите и др.) в доречевом периоде развития речевых зон коры больших полушарий головного мозга.

Различают моторную и сенсорную А. (последняя встречается значительно реже; иногда наблюдается смешанная форма – сенсомоторная А.). Моторная А. характеризуется преимущественным недоразвитием звуковой (экспрессивной) стороны речи при достаточно сохранном ее понимании. При сенсорной А. отсутствует понимание речи, вследствие чего не происходит овладение ею.

При А. ограничение речевого общения приводит к вторичному недоразвитию высших психических функций (внимания, памяти, мышления). Постановка диагноза требует разграничения А. и вторичных речевых нарушений при умственной отсталости и дефектах слуха. Коррекционное обучение при А. осуществляется преимущественно в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

**АЛЕКСИТИМИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания, *lexis* — речь, *thymos* — душа, настроение, чувство) – затруднения в передаче, психологическом описании своего состояния. Наблюдается при психосоматических заболеваниях, особенно при соматизированных латентных депрессиях.

**АЛЕКСИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и *lexis* – речь) – расстройство речи, выражающееся в неспособности к чтению, а также к усвоению навыков чтения. Встречается относительно редко по сравнению с менее выраженной формой – *дислексией*.

Возникает при поражении коры головного мозга, в частности как проявление *алалии* или *афазии*. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм **А**.

**АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПЛОДА** – аномалия внутриутробного развития, вызванная алкогольной интоксикацией. Дети с **А. с. п.** отличаются замедленным ростом, микроцефалией с рядом черепно-лицевых аномалий, повышенной возбудимостью, нарушениями психомоторного развития. Сопутствующие симптомы: сердечно-сосудистые дефекты, скелетные аномалии, болезни внутренних органов и др. Полное сочетание основных симптомов встречается редко; однако для большинства детей с **А. с. п.** характерны отклонения в интеллектуальной сфере (от ЗПР до глубокой умственной отсталости). Установлено, что дети, родившиеся у злоупотреблявших алкоголем матерей, страдают олигофренией в 10 раз чаще, чем дети непьющих родителей.

**АЛЬБИНИЗМ** (от лат. *albus* – белый) – врожденное отсутствие пигментации кожи, волос, радужной оболочки глаз. Возникает в результате генетически обусловленного нарушения синтеза пигмента меланина. У страдающих **А.** (альбиносов) волосы бесцветные, как бы седые, радужная оболочка глаза красновато-серая, кожа молочно-белая, не поддающаяся загару.

**А.** встречается также среди растений и животных, но пораженные им особи в естественных условиях, как правило, нежизнеспособны. Ребенок-альбинос в большинстве случаев развивается нормально (хотя нарушения слуха и интеллекта среди альбиносов случаются несколько чаще). Наиболее частое нарушение у альбиносов – понижение зрения, в ряде случаевходящее до слабовидения.

**АЛЬТЕРАЦИЯ** (от греч. *alter* – другой) – разрушение или перерождение клеток ткани под влиянием повреждающего фактора.

**АМАВРОТИЧЕСКАЯ ИДИОТИЯ** – группа наследственных заболеваний, характеризующихся прогрессирующим снижением зрения и интеллекта в сочетании с другими неврологическими симптомами. Наиболее распространенная форма – *Тей-Сакса идиотия*.

**АМБИВАЛЕНТНОСТЬ** (от лат. *ambo* – оба и *valentis* – имеющий силу) – один из многих психоаналитических терминов, получивших широкое распространение в психологической науке. Существует несколько перекликающихся определений этого понятия, на основе которых можно сформулировать следующее, обобщенное. **А.** есть двойственное, противоречивое отношение человека к какому-либо объекту, характеризующееся одновременной направленностью на один и тот же объект противоположных импульсов. Некоторые психологи, стремясь обогатить свой профессиональный лексикон, подчас используют этот термин неоправданно расширительно – для обозначения всякого рода неоднозначных чувств и побуждений. Следует подчеркнуть, что данным термином определяются не просто смешанные чувства и побуждения, а противоречивые, которые испытываются не попеременно, а практически одновременно.

Явление, описываемое данным термином, издавна отмечалось в житейских наблюдениях, а также в художественной литературе. В научный лексикон термин введен в 1911 г. Э.Блейлером для обозначения одного из существенных признаков шизофрении. Вот что он пишет по этому поводу: «Благодаря шизофреническому дефекту ассоциационных путей становится возможным сосуществование в психике противоречий, которые вообще говоря исключают друг друга. Любовь и ненависть к одному и тому же лицу могут быть одинаково пламенны и не влияют друг на друга (аффективная амбивалентность). Больному в одно и то же время хочется есть и не есть; он одинаково охотно исполняет то, что хочет и его не хочет (амбивалентность воли, двойственная тенденция – амбитенденция); он в одно и то же время думает: «я такой же человек, как вы» и «я не такой человек, как вы». Бог и черт, здравствуй и прощай для него равноценны и сливаются в одно понятие (умственная амбивалентность). И

в бредовых идеях довольно часто наблюдается смесь экспансивных и депрессивных идей». (E. Bleuler. Руководство по психиатрии. – Берлин, 1920, с. 312–313).

В то же время Блейлер допускал и несколько расширительную трактовку данного понятия – применительно к норме. «Уже в норме человек иногда чувствует в себе две души, он боится чего-то и в то же время желает этого, например, операции, занятия новой должности. Чаще и резче всего мы видим такой двойственный аффект по отношению к представлениям о лицах, которых мы ненавидим или боимся и в то же время любим, особенно, если при этом задета сексуальность, которая в себе самой заключает могучий положительный и почти столь же могучий отрицательный фактор; последний между прочим обуславливает чувство стыда, все половые задерживающие влияния, отрицательную оценку половой жизни как греха и признание целомудрия высокой добродетелью. У здорового человека однако подобные двойственные чувства составляют исключение; в общем, он обычно держится равнодействующей противоположных оценок – плохие качества уменьшают его любовь, хорошие уменьшают ненависть. Больному часто бывает трудно свести оба влечения... Из всех комплексов именно амбивалентные имеют преимущественное влияние на патологию (и на многие явления нормальной психики, сны, поэзию и т. д.). Очень часто они отчетливо наблюдаются при шизофрении, где мы можем непосредственно видеть двойственность аффекта; в неврозах суть многих симптомов кроется в этой же двойственности» (там же, с. 102–103).

Здесь следует особо подчеркнуть – и на это указывает сам Блейлер – выраженность А. в болезненных, по крайней мере – пограничных состояниях. Здоровый человек, как правило, отдает себе отчет в источниках своих чувств, и если к позитивному отношению примешивается негативное, то это обычно означает просто снижение позитивного отношения. Или, например, человек может ощущать, что ему симпатичен некто, обладающий неприятными, отрицательными чертами, но при этом эмоциональное отношение существует вопреки рассудочному. В то же время некто, обладающий объективными достоинствами, которые нельзя не признать, может вызывать неприязнь. Такое раздвоение аффективного и рационального отношения с давних пор служило предметом многих психоаналитических изысканий.

Именно в психоанализе, к которому Блейлер был во многом идейно близок, понятие А. получило наиболее подробное развитие. З.Фрейд рассматривал его как удачное обозначение Блейлером противоположных влечений, часто проявляющихся у человека в форме любви и ненависти к одному и тому же сексуальному объекту. В работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейд писал о противоположных влечениях, объединяющихся в пару и относящихся к сексуальной активности человека. В «Анализе фобии пятилетнего мальчика» он также отмечал, что эмоциональная жизнь людей складывается из противоположностей. Контрастные пары в сфере чувств у взрослых доходят одновременно до сознания только на высоте любовной страсти. У детей они могут долгое время сосуществовать, как это наблюдалось, например, у маленького Ганса, который, как выяснилось в результате психоанализа, одновременно любил своего отца и желал его смерти. Выражение одного из противоречивых переживаний маленького ребенка по отношению к близким ему людям не мешает проявлению противоположного переживания. Если же возникает конфликт, то он, по мнению Фрейда, разрешается благодаря тому, что ребенок меняет объект и переносит одно из душевных движений на другое лицо.

Понятие А. использовалось основателем психоанализа и при рассмотрении такого явления как перенос, с которым приходится иметь дело аналитику в процессе лечения пациента. Во многих работах Фрейд подчеркивал двойственный характер переноса, имеющего позитивную и негативную направленность. В частности, в написанной в конце жизни, но опубликованной уже после его смерти работе «Очерк о психоанализе» Фрейд подчеркивал: «Перенос амбивалентен: он включает в себя как положительную (дружелюбную), так и отрицательную (враждебную) позицию в отношении психоаналитика».

В дальнейшем понятие А. получило в психологии чрезвычайно широкое распространение. Нередко приходится слышать об амбивалентном отношении к супругу, к детям, к работе и т. п. Очевидно, что в большинстве случаев такое использование термина не вполне адекватно.

**АМБИДЕКСТРИЯ** (от лат. *ambo* — оба и *dexter* — правый) — способность одинаково успешно пользоваться как правой, так и левой рукой. В некоторых случаях обусловлена врожденными особенностями функционирования ЦНС; чаще является результатом успешной тренировки правой руки у страдающих *леворукостью*.

**АМБЛИОПИЯ** (от греч. *amblyos* — тупой и *ops* — глаз) — ослабление зрения при отсутствии органических поражений систем глаза. Часто возникает вследствие вынужденного бездействия глаза при *косоглазии* и нарушении бинокулярного зрения. Иногда является следствием острых аффективных переживаний (истерическая А.).

**АМИМИЯ** (от греч. *a-* — приставка со значением отрицания и *mimicos* — подражательный) — полное отсутствие выразительных движений лица; крайне выраженная форма *гипомимии*.

**АММАН** (Amman) Иоганн Конрад (1669–1724) — голландский врач, занимавшийся вопросами обучения глухонемых. Разработал систему постановки устной речи у глухонемых, являющейся, по его мнению, единственной формой мышления и средством полноценного общения. Оказал большое влияние на развитие теории и практики сурдопедагогики в Европе. Автор труда «Говорящий глухой, или метод, при помощи которого глухой от рождения может научиться говорить» (1692).

**АМНЕЗИЯ** (от греч. *a-* приставка со значением отрицания и *mneme* — память) — расстройство памяти, неспособность к воспоминанию. Выступает проявлением патологического состояния мозга, которое может быть вызвано как физическими нарушениями, так и психогенными воздействиями. Различают общую и частичную А. Общая А. — глубокое расстройство памяти — проявляется в полной неспособности как вспомнить какое-либо событие или факт из прошлого опыта, так и запомнить что-либо новое. Частичная А. охватывает круг событий, предшествовавших нарушению мозговой деятельности (ретроградная А.) либо последовавших непосредственно за ним (антероградная А.). Так называемая фиксационная А. охватывает события и явления, эмоционально связанные с психотравмирующей ситуацией. А. следует отличать от гипомнезии — ослабление памяти, которое нередко сопутствует ЗПР или олигофрении.

**АМУЗИЯ** (от греч. *a-* — приставка со значением отрицания и *musicos* — музыкальный) — нарушение способности воспринимать (сенсорная А.) и исполнять (моторная А.) музыку. Возникает при поражении височных отделов коры головного мозга. Нередко сочетается со слуховой *агнозией*, когда больной перестает различать бытовые звуки и шумы. А. следует отличать от нарушений психической деятельности в целом, а также от нарушения слуха.

**АНАЛИЗАТОР** — сложная анатомо-физиологическая система, обеспечивающая восприятие, анализ и синтез раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды организма. Понятие А. введено И. П. Павловым в 1909 г. Функционирование А. в норме обеспечивает целесообразную реакцию организма на изменение условий, что способствует его приспособлению к окружающему миру и поддержанию равновесия внутренней среды. В зависимости от модальности воспринимаемых и анализируемых стимулов различают зрительный, слуховой, обонятельный, вкусовой, кожный и двигательный А. Каждый А. состоит из трех отделов — периферического воспринимающего прибора (рецептора), проводящих путей и коркового центра. Анализ раздражителей начинается на периферии: каждый рецептор реагирует на определенный вид энергии; анализ продолжается во вставочных нейронах проводящих путей (так, на уровне нейронов зрительного А., расположенных в промежуточном мозге, возможно различение местоположения и цвета предметов). В высших центрах



А. – в коре больших полушарий головного мозга – осуществляется тонкий дифференцированный анализ раздражителей. Повреждение любого из отделов А. в результате действия различных вредоносных факторов приводит к нарушениям процессов высшей нервной деятельности и обуславливает аномальное протекание психофизического развития.

**АНАМНЕЗ** (от греч. *anamnesis* – воспоминание) – совокупность сведений об условиях возникновения и протекания болезни, получаемых от самого больного, а также его близких с целью постановки и уточнения диагноза. А. аномальных детей, помимо медицинских данных, должен включать также информацию о развитии моторики, речи, игровой и познавательной деятельности.

**АНАРТРИЯ** (от греч. *anarthros* — нечленораздельный) – нарушение артикуляции, делающее практически невозможной членораздельную речь; крайне выраженная степень *дизартрии*.

**АНОМАЛЬНЫЕ ДЕТИ** (от греч. *anomalos* — неправильный) – дети, имеющие значительные отклонения от нормального физического и психического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами, и вследствие этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.

Дети, чье физическое и психическое развитие не нарушено, несмотря на наличие некоторого дефекта (например, потери зрения на один глаз), не относятся к категории аномальных.

В зависимости от вида аномалии выделяются следующие категории А. д. (подразделяемые на группы по степени выраженности и времени наступления дефекта): дети с нарушениями зрения (*слепые дети, слабовидящие дети, ослепшие дети*), дети с нарушениями слуха (*глухие дети, слабослышащие дети, оглохшие дети*), дети с нарушениями интеллекта (см. *Олигофрения, Задержка психического развития*), дети с нарушениями речи, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дети с эмоциональными нарушениями, а также дети со сложными видами нарушений (см. *Сложный дефект*).

За рубежом используются более широкие понятия, объединяющие детей с отклонениями в развитии. Например, понятие «дети с нарушениями» (англ. *handicapped children*) объединяет всех А. д., детей-инвалидов, а также детей, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями и психическими расстройствами; понятие «исключительные дети» (англ. *exceptional children*) наряду с теми категориями, которые в отечественной науке обозначаются как «А. д.», включает также особо одаренных детей. Основанием для подобных определений служит более или менее выраженное отличие ребенка от массы сверстников.

Изучение общих закономерностей развития А. д., 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 том числе 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 в познавательном и личностном развитии. При любом характере первичного нарушения наблюдается отставание в сроках формирования психических функций и процессов и замедленный темп их развития, а также качественные отклонения в развитии. Не формируется своевременно ни один вид детской деятельности – предметная, игровая, продуктивная. Существенные отклонения наблюдаются в развитии познавательной деятельности. Нарушается процесс общения; А. д. плохо

овладевают средствами усвоения общественного опыта – пониманием речи, содержательным подражанием, действиями по образцу и по словесной инструкции.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка; идет процесс естественной компенсации. Так, у детей, лишенных зрения, развиваются способность к оценке расстояния при ходьбе, слуховая память, способность с помощью осязания составлять представление о предмете. Позитивные проявления своеобразного развития А. д. являются одним из оснований для разработки системы специального обучения и воспитания.

Опорой приспособления А. д. к окружающей среде являются сохранные функции, то есть функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием сохранных. Развитие А. д. в принципе подчиняется тем же закономерностям, что и развитие нормальных детей. Это является основанием для оптимистического подхода к возможностям воспитания и обучения А. д. 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 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 приемов и технических средств может быть достигнута также значительная компенсация – восстановление или замещение – нарушенной функции.

В дефектологии разработана теория обучения А. д. – специальная дидактика. В ее основе лежат общедидактические принципы, которые приобретают определенную специфику в зависимости от характера дефекта у той или иной категории А. д. 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.

Усвоение А. д. знаний и умений, формирование личности осуществляются в процессе перестройки приспособительных функций организма. В условиях специального обучения меняется соотношение теории и практики: практика выступает главным образом как один из важнейших способов приобретения знаний. Предметно-практическая деятельность, организованная с учетом возраста и особенностей дефекта А. д., – одно из ведущих средств развития ребенка. Наглядность и практическая направленность обучения в сочетании с научностью знаний способствуют сознательности и активности обучения. Значительная роль в построении коррекционно-воспитательной работы с А. д. принадлежит систематичности обучения, обусловленной не только собственно содержанием и логикой учебного предмета, но и закономерностями психического развития учащихся. На основе специальной дидактики разрабатываются отдельные методики, которые учитывают особенности развития различных категорий А. д., а также содержание обучения в разных типах специальных учебно-воспитательных учреждений. В связи с различием познавательных возможностей А. д. обособлена целесообразность дифференцированного обучения детей с различными дефектами развития. Учебный план каждой специальной школы предусматривает особую работу, обусловленную характером нарушений, имеющих у учащихся (например, в школах для глухих и слабослышащих – обучение произношению и чтению с лица, развитие слухового восприятия, ритмика). Отбор детей проводят медико-педагогические комиссии.

В ряде зарубежных стран широко используется так называемое интегрированное обучение А. д. в массовых школах. Нередко это приводит к тому, что А. д. 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 А. д. 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.

**АНОФТАЛЬМ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *ophthalmos* — глаз) – врожденная аномалия, заключающаяся в отсутствии глазного яблока (чаще двустороннем) и недоразвитии проводящих путей и коркового центра зрительного анализатора. В связи с полным отсутствием зрения у детей, страдающих А., их обучение наиболее эффективно в школах для слепых.

**АПАТИЯ** (от греч. *apatheia* – бесстрастность) – нарушение эмоционально-волевой сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, ослаблением интересов и побуждений, безразличием к себе и людям, к событиям окружающей действительности. Возникает при некоторых органических поражениях головного мозга, а также в результате длительных расстройств психики. Протекает на фоне сниженной физической и психической активности. Может наблюдаться при слабоумии, бывает следствием продолжительного соматического заболевания. А. как болезненный симптом следует отличать от временной эмоциональной подавленности вследствие объективных неприятных событий или общего утомления.

**АПРАКСИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *praxis* — действие) – нарушение способности выполнять целенаправленные движения и сложные предметные действия, возникает вследствие поражения определенных участков коры головного мозга. В зависимости от локализации поражения и моторной симптоматики различают несколько видов А. При кинестетической А. прерываются кинестетические импульсы, осуществляющие движения. Динамическая А. проявляется в распаде сложных двигательных навыков. Лобная А. характеризуется инертностью произвольных движений.

Выделяют также общую и частную А.: при первой нарушаются любые моторные акты, при второй страдает деятельность только определенных групп мышц.

Следствием А. могут выступать нарушения речи и письма.

Диагноз А. требует квалифицированного различения А. от моторных расстройств, вызванных психическими заболеваниями и нарушениями чувствительности.

Посредством специальных приемов обучения явления А. могут быть в основном компенсированы.

**АРНОЛЬД** Иван Карлович (1805–1891) – сурдопедагог. Потеряв слух в раннем возрасте, получил художественное образование в Германии. По возвращении в Россию служил (до 1854) в Эрмитаже. В то же время организовал частную школу для глухонемых в Петербурге, а затем и в Москве, преобразованную в 1860 г. в училище для глухонемых, где применялись дактилологический и устный методы обучения, общеобразовательные школьные и ремесленные программы. С 1863 г. училище содержалось Попечительским советом (председатель в 1869–1898 гг. П.М. Третьяков); с 1900 г. – в ведении Городской думы; названо Арнольдо-Третьяковским. Играло роль сурдопедагогического методического центра.

**АСИНЕРГИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания, *sin* — вместе и *ergon* — работа) – расстройство сложных двигательных актов и навыков, вызванное нарушением способности комбинировать отдельные моторные компоненты. Возникает при поражении мозжечка.

**АСПЕРГЕРА СИНДРОМ** — см. **РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ**

**АСТЕНИЯ** (греч. *asthenia* — слабость) – болезненное состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, истощением, неспособностью к длительному умственному и физическому напряжению. Может быть обусловлена перенесенными заболеваниями (острые инфекции, ревматизм и др.), физическим и психическим перегрузками, а также функциональной или органической неполноценностью головного мозга (церебрастения). Для последнего случая характерны признаки истощения нервной системы, проявляющиеся главным образом в эмоциональной и интеллектуальной сферах. Это повышенная чувствительность, раздражительность, обидчивость или, наоборот, вялость, пассивность. Часто наблюдается пониженное настроение с ощущением физического дискомфорта. Интеллектуальная истощенность проявляется в неспособности длительной концентрации внимания, ослаблении памяти, замедлении темпа умственной деятельности. Дети, страдающие церебрастенией, плохо переносят жару, яркий свет, шум, жалуются на головные боли; у них нарушаются аппетит и сон; работоспособность падает к концу учебного дня (недели, четверти). Длительная А. (церебрастения) может сопровождаться ЗПР. В этих случаях дети обучаются в специальных школах.

**АСТЕРЕОГНОЗИЯ**, астереогноз (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания, *stereos* – твердый и *gnosis* – знание) – форма *агнозии*, неспособность распознавать на ощупь знакомые предметы. Возникает вследствие поражения теменных отделов головного мозга. Диагноз А. ставится лишь тогда, когда не вызывает сомнения сохранность иных видов чувствительности.

**АСТИГМАТИЗМ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *stigma* – точка) – аномалия рефракции (преломляющей способности) глаза, при которой лучи от светящихся точек наблюдаемого объекта после преломления в средах глаза не фокусируются в точечное изображение. Бывает вызвана нарушением формы роговицы – врожденным или (реже) приобретенным (вследствие воспалений и травм). При А. зрительное восприятие страдает нечеткостью. Коррекция А. осуществляется с помощью очков с цилиндрическими линзами. При снижении зрения, не поддающемся достаточной коррекции, в ряде случаев возникает необходимость обучения детей, страдающих А., в школах для слабовидящих.

**АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *sphygmōs* – пульс) – кислородное голодание плода в момент родов. При А. происходит нарушение функций ЦНС вследствие недостатка снабжения кислородом головного мозга. Длительная А. (5–7 минут) приводит к необратимым изменениям ЦНС, в дальнейшем к проявлениям умственной отсталости, речевых нарушений, ДЦП.

**АТАКСИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *taxis* – порядок) – расстройство координации движений, возникающее вследствие поражений различных отделов нервной системы. При А. движения, сохраняя свою силу, теряют согласованность и точность.

**АТРОФИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *trophe* – питание) – патологические структурные изменения ткани, обусловленные нарушением обмена веществ и приводящие к утрате жизнеспособности тканей и органов. Основные причины А. – недостаточное питание, инфекции и интоксикации, нарушения деятельности ЦНС. А. может наступать в результате бездействия органа (например, А. нервных тканей проводящих путей анализатора при поражении его периферического отдела). До определенной степени А. обратима, преодолевается при устранении вызвавших ее причин.

Термин «А.» в ряде случаев употребляется также для обозначения дегенерации некоторой психической функции вследствие неупражнения или неблагоприятных, травмирующих воздействий – продолжительного стресса, конфликтов, фрустрации, интоксикации и пр.

**АУДИОМЕТРИЯ** (от лат. *audio* — слышу и греч. *metron* — мера) – измерение остроты слуха путем определения порогов восприятия звуков разной частоты. В прошлом сила звука измерялась весьма приблизительно с помощью простейших механических приспособлений и изменений голоса. В современных условиях А. проводится с помощью специальных электроакустических приборов.

**АУРА** (от лат. *aura* – дуновение, ветерок) – особое психическое состояние, кратковременное, неглубокое расстройство сознания, предшествующее эпилептическому припадку. Продолжительность А. может быть различна, иногда больной успевает произвольно занять наиболее удобное положение с целью предотвращения травм. Однако А. наблюдается не у всех больных эпилепсией и особенно редко у детей и подростков. По ряду внешних признаков опытный наблюдатель может распознать скорое возникновение припадка и быть готовым оказать больному необходимую помощь.

**АУТИЗМ** (от греч. *autos* — сам) – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими. Термин «А.» ввел в 1912 г. Э. Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности. А., таким образом, рассматривался как болезненная форма психологической самоизоляции, как уход от внешнего мира в автономный мир внутренних переживаний.

Происхождение А. может быть различным. В легкой степени он может встречаться при конституционных особенностях психики (*акцентуация характера, психопатия*), а также в условиях хронические психические травмы (аутистическое развитие личности). А. может выступать как грубая аномалия психического развития (см. *Ранний детский аутизм*). В тяжелых случаях необходимы коррекция и лечение, включающие, в частности, налаживание контактов с внешним миром.

В современной психологии и психиатрии термин «А.» используется также применительно к нормальной психике; показано, что аутизация может выступать в качестве механизма психологической защиты от психотравмирующих влияний. В некоторых зарубежных психологических теориях А. рассматривается как нормальное состояние ребенка на начальных этапах его развития.

**АУТОАГРЕССИЯ** – разновидность *агрессивного поведения*, при котором враждебные действия по каким-либо причинам (преимущественно социального характера) не могут быть обращены на раздражающий объект и направляются человеком на самого себя. Проявляется в склонности к самоунижению, самобичеванию, иногда – в нанесении себе физических повреждений (например, при *трихотилломании*), в особо тяжелых случаях – в попытках суицида (самоубийства). Характерна для лиц, страдающих невротическими и депрессивными расстройствами. Основное средство коррекции – психотерапия.

**АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА** а у т о т р е н и н г – особая методика самовнушения на фоне максимального мышечного расслабления. Термин предложил в 1932 г. немецкий психотерапевт И.Г.Шульц, которому и принадлежит детальная разработка классического варианта данного метода. Широкое внедрение аутогенной тренировки в практику началось в 50-х гг. – прежде всего для лечения неврозов, депрессивных состояний, психосоматических заболеваний. С конца 60-х гг. метод широко используется не только в психотерапевтической практике, но и как средство психологической профилактики. А.т. помогает снять избыточную нервно-мышечную напряженность, волнение, проявления неврозов и вегетососудистой дистонии, помогает устранить вялость, раздражительность, некоторые неприят-

ные ощущения, позволяет в известных пределах управлять настроением, мобилизовать все физические и душевные силы на достижение поставленной цели. Помимо этого А.т. помогает уснуть в любое время суток для кратковременного эффективного отдыха, уменьшить потребность в ночном сне.

**АФАЗИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *phasis* – высказывание) – нарушение речи, проявляющееся в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функций артикуляционного аппарата и слуха. Возникает при органических поражениях речевых отделов коры головного мозга в результате перенесенных заболеваний и травм, опухолей, воспалительных процессов. В отличие от *алалии* при А. нарушается функция уже сформировавшейся речевой системы. Существуют различные классификации А. в зависимости от симптоматики и локализации поражения (например, в нейропсихологической классификации, разработанной А. Р. Лурией, выделяется 7 форм А.). Наиболее распространенная обобщенная классификация выделяет 2 основные формы (группы) А. – моторную и сенсорную. При моторной А. поражается двигательный речевой центр (центр Брока), что приводит к нарушению всех или некоторых компонентов экспрессивной речи при достаточной сохранности понимания. При сенсорной А. поражается чувствительный (сенсорный) центр речи (центр Вернике); эта форма характеризуется первичным нарушением понимания речи и вторичным – экспрессивной речи. Кроме моторной и сенсорной А. выделяют амнестическую А., которая не может быть строго отнесена к двум основным формам. Амнестическая А. встречается редко, механизм этого нарушения мало изучен. Выражается в забывании названий предметов.

У детей А. вызывает вторичную ЗПР, которую необходимо отличать от олигофрении. Восстановление речи при А. осуществляется специальными педагогическими (логопедическими) и нейропсихологическими методами на основе использования функции сохранных анализаторов.

**АФОНИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *phone* – голос) – неспособность к звучной и громкой речи при сохранной шепотной речи. Истинная (гортанная) А. бывает вызвана поражениями артикуляционного аппарата (вследствие острых и хронических заболеваний гортани и т. п.). Функциональная А. возникает как следствие психических травм при *истерии* и *неврозах*. В результате нарушения нервной регуляции речедвигательного аппарата не происходит полноценного смыкания голосовых связок. Функциональная А. излечивается преимущественно методами психотерапии.

**АФРАЗИЯ** (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *phrasis* – выражение) – расстройство речи, выражающееся в неспособности построить осмысленную фразу.

**АФФЕКТ** (от лат. *affectus* – душевное волнение, страсть) – сильное и кратковременное эмоциональное состояние, сопровождающееся выраженными двигательными и вегетативными проявлениями. В состоянии А. человек часто совершает импульсивные поступки, идущие вразрез с обычным для него поведением. Аффекты сопровождаются значительными изменениями в иннервации внутренних органов (что проявляется в изменении дыхания, сердечной деятельности и пр.), резкими выразительными движениями (специфическая мимика, жестикация и т. п.). Для аффекта характерны сужение сознания на породившие его обстоятельства и навязанные им действия. Крайняя степень – *аффект патологический*.

Аффекты развиваются в критических условиях при неспособности человека найти адекватный выход из неожиданной (часто опасной) ситуации. Могут вызываться не только факторами, затрагивающими физическое существование человека, но и нарушением его социальных отношений, например, несправедливостью, оскорблением. Аффекты тормозят не связанные с ними психические процессы и навязывают тот или

иной стереотипный способ «аварийного» разрешения ситуации (бегство, агрессия).

Важная регулирующая функция А. состоит в образовании специфического опыта – так называемых аффективных следов, актуализирующихся при столкновении с элементами породившей аффект ситуации и предупреждающих о возможном ее повторении. Травмирующие человека аффективные следы при определенных условиях могут полностью вытесняться из сознания. В результате повторения ситуации, вызывающей то или иное отрицательное состояние, происходит так называемая аккумуляция А., результатом которой может стать разрядка в бурном, неуправляемом поведении и при отсутствии исключительных обстоятельств.

В медицинской литературе, а также в философских и психолого-педагогических науках термин “аффект” часто употребляется в более широком смысле – для обозначения эмоциональной сферы человека в противопоставлении интеллекту, рассудку (соответственно “аффективный” означает “эмоциональный”). В частности, под аффективными нарушениями понимается не просто склонность к аффектам, а широкий спектр нарушений в эмоциональной сфере.

**АФФЕКТ НЕАДЕКВАТНОСТИ** – устойчивое отрицательное переживание, вызванное неспособностью добиться успеха в какой-либо деятельности. Для А. н. характерно игнорирование неудач, попытки неуклюжего самооправдания либо дискредитация самих целей деятельности. У аномальных детей в неблагоприятных социальных условиях А. н. может возникнуть как следствие переживания своего дефекта и вызванных им ограничений. Дети в состоянии А. н. становятся обидчивыми, подозрительными, раздражительными, склонными к негативизму и агрессивным реакциям. Длительное состояние А. н. приводит к формированию и закреплению отрицательных черт характера. За счет психокоррекционных мероприятий по гармонизации жизненных целей и ценностей в большинстве случаев удается устранить проявления А.н.

**АФФЕКТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ** – кратковременное психическое расстройство в форме резкого эмоционального напряжения и последующего сужения сознания (вплоть до полного его отключения). Возникает как реакция на сильные психотравмирующие воздействия. Сопровождается бурными эмоциональными проявлениями, часто в виде агрессивных действий. Склонность к А. п. свидетельствует о нарушении баланса процессов возбуждения и торможения в ЦНС.

## Б

**БАРТ**, Б ё р т (Burt) Сирил Лодовик (1883 – 1971) – английский психолог. Окончил Оксфордский университет (1908). Преподавал в Ливерпульском (1909-13) и Кембриджском (1912-13) университетах. Член муниципального совета Лондона по отделу образования (1913–1932). Профессор педагогики и психологии Лондонского университета (1924–1931).

Проводил исследования по широкому кругу проблем: способностей и одаренности, темперамента, профориентации, умственной отсталости, детской преступности и др. Широко использовал близнецовый метод и факторный анализ. Утверждал, что основные индивидуально-психологические особенности человека, в частности умственные способности, врожденны и неизменны. Главным методом их оценки считал тесты. Оказал значительное влияние на политику в области образования, способствовал введению трех типов школ в английской системе образования (1944). В соответствии с его концепцией детей в возрасте 11 лет по результатам тестирования относили к одному из трех образовательных уровней (признанные наиболее способными проходили обучение на более высоком уровне и получали доступ к высшему образованию, образовательные возможности остальных ограничивались). С 1950-х гг. эта концепция начала подвергаться критике, что привело в 1960-1970-х гг. к поэтапной отмене подразделения учащихся на потоки в соответствии со способностями.

В 1972 г. американский психолог Л.Кэмин на основании анализа трудов Барта установил, что некоторые полученные им экспериментальные данные фальсифицированы, а ряд публикаций не отвечает требованиям научной корректности. Это послужило аргументом для критики теории врожденных способностей, которую, как выяснилось, сам Барт не мог достоверно доказать.

**Соч.:** The distribution and relation of educational abilities. – L., 1917; The measurement of mental capacities. – Edinburgh, 1927; The factors of mind. An introduction to factor-analysis in psychology. – N.Y., 1941; The young delinquent. – Kent, 1945; The backward child. – L., 1950.

**Лит.:** Степанов С.С. Век психологии: имена и судьбы.. – М., 2002. – С. 411–419; Hearnshaw L.S. Cyril Burt, psychologist. – L., 1979.

**БАТТАРИЗМ** (от франц. *battre* — бить, ударять) – нарушение речи, при котором, как и при *тахилалии*, слова произносятся в чрезмерно быстром темпе, а также, помимо этого, сопровождаются нечеткостью артикуляции, «проглатыванием» окончаний и т. п. В результате речь становится очень неразборчивой. Б. часто сопутствует *невротии* как одно из проявлений повышенной возбудимости.

**БЕЛЛ** (Bell) Александр Грехем (1847–1922) – американский сурдопедагог и изобретатель. Всемирную известность приобрел благодаря изобретению телефона (1876), явившемуся одним из результатов экспериментов в области сурдотехники.

Родился в Шотландии. Образование получил в Эдинбургском и Лондонском университетах. В 1870 г. переехал в США, где в 1872 г. открыл в Бостоне учебное заведение для подготовки сурдопедагогов. Выступал активным пропагандистом обучения глухих устной речи. Автор книги «Механизмы речи», в которой помещен разработанный им оригинальный фонетический алфавит, предназначенный в помощь обучению речи глухих. Выдвинул идею преобразования слышимой речи в видимую. Основатель Вольта-бюро – организации содействия обучению глухих.

**ВИНЕ** (Vinet) Альфред (1857 – 1911) – французский психолог. Получил юридическое образование в лицее Св. Людовика в Париже (1878). Отказавшись от юридической карьеры, самостоятельно изучал неврологию, гистологию, психологию. В 1889 г. совместно с А.Бони основал первую во Франции лабораторию экспериментальной психологии в Сорбонне, с 1894 г. – ее директор. В 1894 г. совместно с Бони и Т.Рибо основал «Психологический еже-



годник» (*L'Annee psychologique*) – первый во Франции научный журнал по психологии. Изучал широкий круг психологических проблем – патологии сознания, умственного утомления, гипнотического внушения, индивидуальных различий процессов памяти, графологии и др. Стремился утвердить в психологии объективный метод исследования. Выступил пионером применения экспериментальных методов к изучению высших психических функций, прежде всего мышления. Придерживаясь первоначально постулатов ассоциативной психологии, в дальнейшем отверг их и трактовал процесс мышления не как сочетание образов (идей) по законам ассоциации, а как оперирование общими схемами решения жизненно важных для субъекта задач.

Наибольшую известность получили разработки Бине в области создания тестов интеллекта. В начале XX в. совместно с Т.Симоном провел ряд экспериментов по изучению внимания, памяти, мышления детей. По заказу Министерства просвещения результаты этих экспериментов после соответствующей статистической обработки были преобразованы в задачи для отбора умственно отсталых детей во вспомогательные школы. В 1905 г. была опубликована шкала Бине-Симона, впоследствии многократно модифицированная в разных странах, в том числе и в России, и послужившая прообразом современных методов тестирования интеллекта.

**Соч.:** *Les alterations de la personnalite.* – P., 1892; *La suggestibilite.* – P., 1900; *L'etude experimentale de l'intelligence.* – P., 1903; в рус. пер. – Психология умозаключения на основании экспериментальных исследований посредством гипнотизма. – М., 1889; Умственное утомление. – М., 1899 (совм. с В.Анри); Механизмы мышления. – Одесса, 1902; Душа и тело. – М., 1910; Современные идеи о детях. – М., 1910; Ненормальные дети. – М., 1911 (совм. с Т.Симоном); Методы измерения умственной одаренности. – Херсон, 1923 (совм. с Т.Симоном); Измерение умственных способностей. – СПб., 1998.

**Лит.:** Bertrand F.-L. Alfred Binet et son oeuvre. – P., 1930; Wolf T. Alfred Binet. – N.Y., 1973.

**БИНЕ – СИМОНА ТЕСТ** – наиболее распространенный метод количественной оценки уровня развития интеллектуальных способностей. Разработан в 1905 г. А. Бине и Т. Симоном по заказу Министерства просвещения Франции с целью отсева детей, недостаточно развитых для обучения в массовой школе. Первоначально тест содержал 30 задач, которые были подобраны по степени трудности таким образом, чтобы их могли решить 75 % детей определенного возраста, умственное развитие которых можно было бы считать нормальным. Количество правильно решенных задач характеризует так называемый умственный возраст ребенка.

Наиболее известная модификация разработана Л. Терменом в Стэнфордском университете (США); созданный им так называемый тест Стэнфорд-Бине является наиболее признанным методом диагностики интеллекта. На его основе вычисляется *коэффициент интеллекта*. Однако практическое использование данного теста, как и большинства подобных методик (см. *Тесты психологические*), позволяет дать количественную оценку индивидуальных различий в умственных способностях, не вскрывая их природы и перспектив развития. Это затрудняет использование результатов теста в постановке диагноза и прогнозировании развития интеллекта.

**БЛИЗОРУКОСТЬ**, миопия (от греч. *tuops* – щурящий глаза) – нарушение зрения, вследствие которого страдающие им лица плохо видят отдаленные предметы. При Б. нарушена рефракция глаза, поэтому лучи света фокусируются не на сетчатке, как в норме, а впереди нее. Различают три степени Б.: слабая (до 3,0 диоптрий), средняя (3,0–6,0 диоптрий), сильная, или высокая (свыше 6,0 диоптрий). Б. даже высокой степени, будучи скорригирована очками, не определяет аномального развития, поскольку данная форма коррекции обеспечивает поступление полноценных зрительных стимулов. От сильной Б. необходимо

отличать прогрессирующую (злокачественную) Б., при которой наблюдаются органические изменения сосудистой и сетчатой оболочек глаза, приводящие к утрате зрения.

**БОНЕТ** (Bonet) Хуан Пабло (1579–1633) – испанский сурдопедагог, автор первого руководства по обучению глухонемых – «О природе звуков и искусстве научить глухонемого говорить» (1620), в котором обобщен опыт обучения ребенка, оглохшего в раннем возрасте. Бонет ставил цель научить глухого устной и письменной речи посредством зрения. Используемая им дактильная форма речи как средство обучения нашла широкое применение в последующей сурдопедагогической практике.

**БОСКИС** Рахиль Марковна (1902–1976) – сурдопедагог, член-корреспондент АПН РСФСР (1955), член-корреспондент АПН СССР (1968), доктор педагогических наук (1953), профессор (1956). Окончила Киевский медицинский институт (1926). Педагогическую деятельность начала в Киеве в школе для глухих; с 1931 г. – в Экспериментально-дефектологическом институте Наркомпроса РСФСР, с 1944 в НИИ дефектологии. Автор научных трудов в области теории развития аномальных детей, коррекции и компенсации дефекта. На основе изучения закономерностей развития детей с недостатками слуха ею создана педагогическая классификация, позволившая организовать дифференцированное обучение глухих и слабослышащих. Под руководством Б. разработаны структура и учебный план школы для слабослышащих, определены содержание, принципы и методы обучения языку; подготовлены учебники и методические пособия.

**Соч.:** О развитии словесной речи глухонемого ребенка. – М., 1939; Глухие и слабослышащие дети. – М., 1963; Учителю о детях с нарушениями слуха. – М., 1975.

**БОУЛБИ** (Bowlby) Джон Мостин (1907–1990) – английский психолог. Получил медицинское и психологическое образование в Кембриджском университете. После окончания университета в 1928 г. начал работать сразу в нескольких школах закрытого типа для так называемых трудных детей, имеющих разного рода эмоциональные и поведенческие нарушения. Полученный в этот период опыт работы со сложными детьми определил главное направление научных интересов Б. – влияние ранних лет жизни ребенка на его последующее развитие – психическое здоровье и личностные особенности.

Исследования Б. привели к коренному пересмотру психоаналитических представлений о природе связи ребенка и матери, долгое время господствовавших в психологии. Они по-новому раскрыли значение этой связи для развития личности ребенка и роль ее нарушений в раннем детстве, например, из-за разлуки, эмоциональной депривации или сиротства.

В качестве главного условия нормального психического развития ребенка, согласно Б., выступают любовь ребенка к матери, а матери к ребенку. Если это условие не соблюдается, то возникают патологические формы поведения. Более того, разлука с матерью в раннем возрасте приводит в дальнейшем к таким расстройствам поведения как неспособность к установлению близких отношений, завышенные требования к другим людям.

Б. вместе с американским психологом М. Айнсворт явились создателями одной из отраслей психологии развития – психологии привязанности, имеющей исключительное практическое значение.

**Соч.** (в рус. пер.): Привязанность. – М., 2003; Создание и разрушение эмоциональных связей. – М., 2004.

**БРАДИБАЗИЯ** (от греч. *bradys* – медленный и *basis* – шаг, походка) – замедление походки, проявление *брадикинезии*.

**БРАДИКИНЕЗИЯ** (от греч. *bradys* – медленный и *kinesis* – движение) – патологическая замедленность движений при сохранной мышечной системе. Часто возникает вследствие перенесенного энцефалита; выступает одним из проявлений *паркинсонизма*. Особая форма Б. – *брадифразия*.

**БРАДИЛАЛИЯ** (от греч. *bradys* – медленный и *lalia* — речь) – замедление темпа речи в связи с затруднениями артикуляции. Наблюдается при поражениях головного мозга, в частности – мозжечка. Мозжечковая Б. нередко сопровождается скандированной речью, нарушениями речевой модуляции.

**БРАДИЛЕКСИЯ** (от греч. *bradys* – медленный и *lexis* — речь, слово) – замедление темпа речи, проявление *брадикинезии*.

**БРАДИЛОГИЯ** (от греч. *bradys* – медленный и *logos* — слово, речь, разум) – затруднение и замедление течения ассоциативных процессов (мышления, речи).

**БРАДИПРАКСИЯ** (от греч. *bradys* – медленный и *praxis* — действие) – замедление темпа целенаправленных действий, проявление *брадикинезии*.

**БРАДИФАЗИЯ** (от греч. *bradys* – медленный и *phasis* — речь) – общее название, охватывающее различные проявления замедленной речи.

**БРАДИФРАЗИЯ** (от греч. *bradys* — медленный и *phrasis* — выражение) – патологическая замедленность речи. Возникает вследствие нарушения баланса нервных процессов (преобладание торможения над возбуждением). Речь страдающих Б. отличается нечеткой артикуляцией, растягиванием гласных; из-за повышенной утомляемости продолжительные высказывания затруднительны. Чаще встречается при различных нервных заболеваниях и олигофрении. Устранение Б. возможно за счет логопедических упражнений по коррекции речевых движений, а также медицинских мероприятий по назначению психоневролога.

**БРАДИФРЕНИЯ** (от греч. *bradys* – медленный и *phren* — ум, разум) – общее замедление протекания психических процессов.

**БРАЙЛЬ** (Braille) Луи (1809–1852) – французский тифлопедагог. Ослеп в 3-летнем возрасте, воспитывался в Парижском институте для слепых, с 1828 г. стал учителем там же. В 1829 г. разработал рельефный шрифт для слепых, широко используемый во всем мире. В 1838 г. издал учебник арифметики для слепых. Кроме букв и цифр Б. на основе тех же принципов разработал нотопись. Был талантливым музыкантом, преподавал музыку слепым.

**Лит.:** Красноусов П.Д., Шоев Ф.И. Луи Брайль. – М., 1959.

**БРАЙЛЯ ШРИФТ** – рельефно-точечный шрифт для письма и чтения слепых, разработанный в 1829 г. французским слепым тифлопедагогом Л. Брайлем. Адаптирован к различным языкам и получил всемирное распространение, вытеснив менее совершенные виды рельефного шрифта. Состоит из комбинаций выпуклых точек (от одной до шести), с помощью которых изображаются различные знаки – буквы алфавита, цифры, знаки препинания, математические и химические формулы, нотные знаки. В 1837 г. во Франции по системе Брайля была издана первая книга «История Франции». В России книгопечатание шрифтом Брайля началось в 1885 г.

## В

**ВЕКСЛЕРА ТЕСТ** – набор заданий для оценки умственных способностей, один из наиболее распространенных методов диагностики интеллекта. Разработан Д. Векслером в 1937 г. В настоящее время употребляется модифицированный вариант образца 1974 г. – «Шкала Векслера для измерения интеллекта у детей». Содержит наряду с вербальными (словесными) заданиями задачи на конструирование, разгадывание лабиринтов и т. п. На основании результатов выполнения теста вычисляется *коэффициент интеллекта*. Как и аналогичные методики (см. *Тесты психологические*), дает достаточно адекватную оценку наличному уровню развития интеллекта, но не может служить основанием прогноза умственного развития.

**ВИЛЬЯМСА СИНДРОМ** – редкая наследственная аномалия, для которой характерно специфическое сочетание умственной отсталости, врожденного порока сердца и своеобразного строения лица (последним определяется еще одно название синдрома – «лицо эльфа»). Интеллектуальные нарушения начинают заметно проявляться примерно на третьем году жизни и часто сочетаются с двигательной недостаточностью.

**ВЛАСОВА** Татьяна Александровна (1905–1986) – дефектолог, действительный член АПН СССР (1982), доктор психологических наук (1972), профессор (1976). В 1930 г. окончила МГПИ им. В.И. Ленина. С 1929 г. работала в Наркомпросе РСФСР. С 1939 г. директор Государственного педагогического дефектологического института, завуч Омского пед. училища. С 1963 г. – в НИИ дефектологии, в 1968–1986 гг. директор института. Один из организаторов подготовки и повышения квалификации дефектологических кадров. Труды посвящены проблеме дифференциации обучения разных категорий детей с нарушениями физического и умственного развития, организации системы дошкольного воспитания аномальных детей. Обосновала необходимость создания особого типа школ для обучения детей с задержкой психического развития.

**Соч.:** О влиянии нарушения слуха на развитие ребенка. – М., 1954; Основы обучения и воспитания аномальных детей. – М., 1965 (соавт.); Учителю о детях с отклонениями в развитии. – М., 1967 (соавт.).

**ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА** – специальное образовательное учреждение для умственно отсталых детей. Первые подобные учреждения появились в конце XIX в. во Франции и Германии; в России первая В.ш. была открыта в 1910 г.

В России В.ш. относятся к государственным общеобразовательным учебным заведениям. Основной тип В.ш. – школы-интернаты, в которых обучаются преимущественно дети, страдающие *олигофренией* в степени дебильности. Дети направляются во В.ш. на основании заключения медико-педагогической комиссии.

Обучение осуществляется в течение 9 лет (иногда во В.ш. организуются десятые классы с производственным обучением). С учетом специфики интеллектуального дефекта, умственных и физических возможностей учащихся В.ш. готовят их к общественно полезной деятельности, помогают овладеть необходимыми знаниями и навыками, а также доступной профессиональной квалификацией.

**ВТОРИЧНЫЙ ДЕФЕКТ** — см. **ДЕФЕКТ**

**ВЫГОТСКИЙ** Лев Семенович (1896–1934) – психолог, профессор (1928). Окончил Московский университет (1917) и одновременно Народный университет А.Л.Шанявского. С 1924 г. работал в научных и учебных учреждениях Москвы (Институт психологии, АКВ им. Н.К.Крупской, пед. факультет 2-го МГУ и др.). Научную деятельность начал с изучения психологии искусства – исследовал психологические законы восприятия литературных произведений («Психология искусства», 1925, опубл. 1965). Дал критический анализ мировой

психологии 1920-30-х гг., сыгравший важную роль в развитии отечественной психологической науки («Исторический смысл психологического кризиса», 1927, опубл. в Собр. соч., т.1, М., 1982). Создал общепсихологическую концепцию, известную как «культурно-историческая теория психики», в которой раскрыл общественно-историческую природу сознания, высших психических функций («История развития высших психических функций», Собр. соч., т.3, М., 1983). Эта теория имела важное значение для психологии обучения. Согласно ей, структура социального взаимодействия «взрослый – ребенок», представленная в развернутом виде в так называемой зоне ближайшего развития ребенка, в дальнейшем усваивается им и формирует структуру психических функций. Этим обусловлено соотношение обучения и развития: обучение «ведет за собой» развитие, а не наоборот. Сформулировал проблему возраста в психологии, предложил вариант периодизации развития ребенка на основе чередования «стабильных» и «критических» возрастов с учетом характерных для каждого этапа психических новообразований. Изучал стадии развития детского мышления; в полемике с Ж.Пиаже доказал, что речь социальна и по происхождению, и по функции («Мышление и речь», Собр. соч., т.2, М., 1982). Создал новое направление в дефектологии, показав возможность компенсации дефекта за счет развития высших психических функций. Разработал новое учение о локализации психических функций в коре головного мозга. Создал большую научную школу, среди его учеников А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев, А.Р.Лурия, Д.Б.Эльконин и др.

**Соч.:** Собрание сочинений, т. 1–6. – М.,1982-84; Педагогическая психология, – М.,1991.

**Лит.:** Научное творчество Л.С.Выготского и современная психология. – М., 1981; Пузырей А.А. Культурно-историческая теория Л.С.Выготского и современная психология. – М., 1986; Леонтьев А.А. Л.С.Выготский. – М., 1990; Степанов С.С. Век психологии: имена и судьбы. – М., 2002. – С. 259–271.

## Г

**ГАЛЛОДЕТ** (Gallaudet) Эдвард (1837–1902) – американский сурдопедагог. Странник обязательного обучения устной речи в школах глухих. В отличие от подхода, принятого в большинстве европейских школ, он сочетал в обучении устную речь, мимико-жестиковые средства и дактилологию (комбинированная система). В 1864 г. по его инициативе была организована первая высшая школа для глухих (г. Вашингтон), которая с 1894 г. носит его имя.

**ГАРГОИЛИЗМ** – тяжелое наследственное заболевание, обусловленное нарушением обмена веществ, входящих в состав соединительных тканей; проявляется в поражениях костно-суставной системы, внутренних органов, ЦНС. Впервые две формы Г. описаны К. Гунтером (1917) и Г. Гурлером (1919) – соответственно синдром Гунтера и синдром Гурлера. Термин «Г.» предложен Р. Эллисом в 1936 г. в связи с характерным внешним видом больных (гаргоилы – украшения готических соборов в виде фантастических уродцев). Отличительные признаки больных Г.: запавшая переносица, нависший лоб, увеличенные губы и язык, деформированные череп и грудная клетка и др.

Для больных Г. характерна умственная отсталость в тяжелой степени в сочетании с нарушениями речи и слуха, повышенная истощаемость нервной системы, предрасположенность к *эпилептиформным припадкам*.

**ГАЮИ** (Hauy) Валентин (1745–1822) – французский педагог, один из основоположников тифлопедагогики. Изобрел рельефный шрифт упрощенных букв, технику книгопечатания и письма этим шрифтом, географические карты и рельефные рисунки для слепых и другие пособия. Разработал дидактику и методику обучения слепых детей общеобразовательным предметам (чтению, письму, арифметике, истории, географии, языкам, музыке и пению) и трудовым навыкам (плетению, вязанию, бумажно-картонажным работам, работе по дереву, книгопечатанию и др.). В 1784 г. в Париже основал на свои средства первую школу для слепых. В 1803 г. получил приглашение приехать в Россию; по дороге сделал остановку в Берлине, где выступил с объяснением своего метода обучения слепых. В 1806–1817 гг. жил в Петербурге, в 1807 г. открыл первый в России институт для слепых (учебное заведение типа интерната). Впервые добился приобщения слепых к общественно полезному труду как полноценных членов общества. Предложенные им методы обучения получили распространение во многих странах, положив начало систематическому обучению и воспитанию слепых. Основные труды – «Очерк обучения слепых» (1786), «Зарождение, развитие и современное состояние просвещения слепых» (1788).

**ГЕБЕФРЕНИЯ** – форма *шизофрении*, возникающая в период полового созревания. Впервые описана под этим названием в 1860–70-х гг. К. Л. Кальбаумом и Э. Геккером. Подростков, страдающих Г., отличает нелепость поведения, манерность жестов и речи, безответственность. Обострение болезни чревато отставанием в интеллектуальном развитии (см. *Олигофренический плюс*).

**ГЕЙНИКЕ** (Heinicke) Самуэль (1727–1790) – немецкий педагог. Был учителем немецкого языка, предложил вариант звукового (без чтения по слогам) метода обучения чтению («Новая азбука и чтение», 1762). Одновременно вел педагогическую работу с глухими детьми. В 1778 г. открыл в Лейпциге первый в Германии институт для глухих (ныне школа его имени). В институте было 15 воспитанников. Свою главную задачу видел в том, чтобы обучить глухих устной речи. Наряду с этим он прививал навыки счета, письма, а также заучивания молитв. Подготовке к конфирмации придавал важное значение и использовал этот акт как одно из средств демонстрации успехов глухих учащихся в их приобщении в дальнейшем к общественной жизни (конфирмация глухих в 18 веке устраивалась в исключительных слу-

чаях). Свою систему обучения называл «устным методом», однако в своих трудах («Наблюдения над немыми и человеческой речью», 1778; «Об образе мыслей глухонемого», 1780) недостаточно раскрыл его содержание. В книге «Арканум» (1772) указано лишь, что обучение строилось на основе ассоциаций звуков со вкусовыми ощущениями. Позиция Гейнике вызвала возражения со стороны Ш.М. Делепе, отмечавшего противоречия между задачами общего развития глухого ребенка и возможностями овладения им произношением.

Система Гейнике приобрела широкое распространение в Германии. Впоследствии на основе «устного метода» были уточнены и усовершенствованы методики обучения глухих устной речи. Полемика Гейнике и Делепе по сей день остается основой острой дискуссии сторонников различных сурдопедагогических систем.

**ГЕМИПАРЕЗ** — см. **ГЕМИПЛЕГИЯ**.

**ГЕМИПЛЕГИЯ** (от греч. *hemi* – половина и *plego* – поражаю) – односторонняя утрата произвольной подвижности, паралич мышц одной половины тела. В основе Г., как правило, лежит поражение отдельных участков головного мозга вследствие воспалений (энцефалит, менингит), опухолей, травм, а также нарушений мозгового кровообращения. Нерезко выраженная Г. – гемипарез.

**ГИДРОЦЕФАЛИЯ** (от греч. *hydor* – вода и *kephale* – голова) – заболевание мозга, проявляющееся в накоплении ликвора в черепной полости вследствие нарушения баланса его секреции и всасывания. Существует гипотеза о наследственной обусловленности Г. Многочисленные факты свидетельствуют о том, что Г. возникает в результате патологии родов, а также при *менингите* и менингоэнцефалите. Внешне Г. проявляется в деформациях черепа (увеличение лба и темени и т. п.). Характерные особенности детей, страдающих Г., – сниженная умственная работоспособность, частые вспышки эйфории либо гнева, склонность к резонерству. Умственной отсталостью страдают примерно 2 % больных Г. В ряде случаев после периода прогрессирующей Г. внутричерепное давление нормализуется и заболевание приобретает компенсированный характер.

**ГИПЕРАКТИВНОСТЬ** – комплексное нарушение поведения и познавательных процессов; проявляется не свойственными для нормального ребенка невнимательностью, отвлекаемостью, импульсивностью, повышенной двигательной активностью.

Долгие годы повышенная возбудимость и неумение сосредоточиться считались естественной возрастной особенностью. Педагоги прошлого писали о «буйном нраве» и «дикой резвости» ребенка, которые необходимо усмирить посредством воспитания. Само же воспитание многими рассматривалось как привитие ребенку дисциплины. Если желаемого результата достичь не удавалось, такая неудача относилась на счет труднообъяснимых индивидуальных особенностей характера, а также упущений в воспитании, которое, вероятно, было недостаточно строгим.

Переход к массовому школьному обучению заставил внимательнее рассмотреть этот вопрос. Были выделены особые категории детей, плохо справляющихся с учебной деятельностью. Традиционные формы воспитания и обучения оказывались здесь неэффективными, поэтому таких учащихся стали именовать исключительными (в негативном аспекте), подчеркивая болезненную природу их ума и характера. Французские авторы Ж. Филипп и П. Бонкур в книге «Психические аномалии среди учащихся» (в переводе на русский язык книга вышла в 1911 году) среди «психически ненормальных учеников», наряду с отсталыми, эпилептиками, астениками, истериками, выделяли и так называемых неустойчивых учеников. Приводимое ими описание настолько узнаваемо, что любой современный практик легко дополнит его конкретными примерами: «В школах сперва квалифицируют неустойчивых как недисциплинированных. Это банальное название остается за ними до тех пор, пока воспитатель не заметит, что все их поведение имеет болезненное происхождение. Эти ученики не терпят никакого руководства, так как не могут поспевать за ним. Их физиче-

ская подвижность прямо-таки изумительна: они никогда не сидят на одном месте и каждую минуту без причины вскакивают из-за стола. Играя, они быстро переходят от одной игры к другой. Их умственная подвижность ничуть не меньше: едва принявшись за чтение, они уже хотят писать и считать». Авторы также отмечают: «Не следует забывать о двух типах недисциплинированных: один – сознательный, самопроизвольный... другой – болезненный. Описанный нами тип имеет болезненную основу, а именно патологическое состояние нервной системы. Это – больные... В интересах будущего таких детей на них надо воздействовать одновременно медицинскими и педагогическими приемами».

Хорошо известны медицинские приемы, которые использовались в подобных случаях. Это были общеукрепляющие физиотерапевтические процедуры – небесполезные, но крайне малоэффективные в педагогическом плане, а также лекарственные препараты успокаивающего, или, иначе говоря, тормозящего действия. Что же касается педагогических методов, то Ж. Филипп и П. Бонкур без особого энтузиазма характеризуют их так: «Только опытному воспитателю, привыкшему соразмерять свое преподавание с умственной вместимостью своих учеников и давать его в строго размеренных дозах, удастся поддерживать некоторое время вечно подвижное и рассеянное внимание таких учеников. Но и тогда даже ученик все скоро забывает, и, чтобы вбить какие-либо понятия в его неустойчивые мозги, приходится постоянно прибегать к повторению и к вдалбливанию (*martellement*). Отсюда вытекает необходимость ограничиваться самым элементарным, не охватывая слишком обширное поле изучения».

В отечественной психолого-педагогической науке Г. также уделялось внимание, однако отнюдь не первостепенное. Так, В.П. *Кащенко* выделял широкий спектр нарушений характера, к которым, в частности, относил и «болезненно выраженную активность». В его посмертно изданной книге «Педагогическая коррекция» читаем: «Каждому ребенку присуща подвижность как телесная, так и психическая, т. е. мыслей, желаний, стремлений. Это его психофизическое свойство мы признаем нормальным, желательным, крайне симпатичным. Странное впечатление производит ребенок вялый, малоподвижный, апатичный. С другой стороны, чрезмерная жажда движения и деятельности (болезненно выраженная активность), доведенная до неестественных пределов, также привлекает наше внимание. Мы тогда отмечаем, что ребенок постоянно находится в движении, не может сидеть спокойно ни одной минуты, ерзает на месте, болтает руками и ногами, смотрит по сторонам, смеется, забавляется, вечно о чем-то болтает, на замечания не обращает внимания. Самое мимолетное явление ускользает от его уха и глаза: он все видит, все слышит, но весьма поверхностно... В школе такая болезненная подвижность создает большие затруднения: ребенок невнимателен, много шалит, много болтает, без конца смеется над каждым пустяком. Он безмерно рассеянный. Не может или с величайшим трудом доводит начатое дело до конца. У такого ребенка нет тормозов, нет должного самоконтроля. Все это вызывается ненормальной мышечной подвижностью, болезненной умственной, а также общепсихической активностью. Эта психомоторная повышенная активность находит затем свое крайнее выражение в психической болезни, называемой маниакально-депрессивным психозом».

Описанный феномен Кащенко относил к «недостаткам характера, обусловленным преимущественно активно-волевыми моментами», выделяя также в качестве самостоятельных недостатков отсутствие определенной цели, рассеянность, импульсивность поступков. Признавая болезненную обусловленность этих явлений, он предлагал в основном педагогические способы их исправления – от специально организованных физических упражнений до рационального дозирования учебной информации, подлежащей усвоению. С рекомендациями Кащенко трудно поспорить, однако их расплывчатость и обобщенность вызывают сомнения в их практической пользе. «Необходимо научить ребенка желать и приводить в исполнение свои желания, настаивать на них, словом, осуществлять их. Для этого полезно



давать ему задачи разной трудности. Эти задачи в течение долгого времени должны быть доступны ребенку и усложняться лишь по мере развития его сил». Это бесспорно, но едва ли достаточно. Совершенно очевидно, что на таком уровне решать проблему не удастся.

С годами бессилие педагогических методов коррекции Г. становилось все более очевидным. Ведь явно или неявно эти методы опирались на старое представление об изъятиях воспитания как источнике данной проблемы, тогда как ее психопатологическая природа требовала иного подхода. Опыт свидетельствовал, что школьную неуспеваемость гиперактивных детей несправедливо относить на счет их умственной неполноценности, а их недисциплинированность невозможно скорректировать сугубо дисциплинарными методами. Источники Г. следовало искать в нарушениях нервной системы и в соответствии с этим планировать коррекционные мероприятия.

Исследования в этой области привели ученых к выводу, что в данном случае причиной нарушений поведения выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Был локализован и «участок ответственности» за данную проблему – ретикулярная формация. Этот отдел ЦНС «отвечает» за человеческую энергию, за двигательную активность и выраженность эмоций, воздействуя на кору больших полушарий и другие вышележащие структуры. Вследствие различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок становится расторможен. Непосредственной причиной нарушения называли *минимальную мозговую дисфункцию*, то есть множество микроповреждений мозговых структур (возникающих вследствие родовой травмы, асфиксии новорожденных и множества подобных причин). При этом грубые очаговые повреждения мозга отсутствуют. В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделов мозга возникают более или менее выраженные проявления двигательной расторможенности. Именно на моторном компоненте этого нарушения и сосредоточили внимание отечественные исследователи, назвав его гипердинамическим синдромом.

В зарубежной науке, преимущественно американской, особое внимание было уделено также когнитивному компоненту – нарушениям внимания. Был выделен особый синдром – дефицит внимания с гиперактивностью – Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Многолетнее изучение этого синдрома позволило выявить его чрезвычайно широкую распространенность (по некоторым сведениям, им страдают от 2 до 9,5 % детей школьного возраста во всем мире), а также уточнить данные о причинах его возникновения. Разные авторы пытались связать детскую Г. со специфическими морфологическими изменениями. Начиная с 70-х годов особый интерес исследователей привлекают ретикулярная формация и лимбическая система. Современные теории в качестве области анатомического дефекта при СДВГ рассматривают лобную долю и прежде всего – префронтальную область. Представления о вовлечении лобной доли при СДВГ основываются на сходстве клинических симптомов, наблюдающихся при СДВГ и у больных с поражением лобной доли. У пациентов обеих групп отмечаются выраженная изменчивость и нарушенная регуляция поведения, отвлекаемость, слабость активного внимания, двигательная расторможенность, повышенная возбудимость и отсутствие контроля импульсов.

Определяющую роль в формировании современной концепции СДВГ сыграли работы канадской исследовательницы когнитивистской ориентации В. Дуглас, впервые в 1972 г. рассмотревшей дефицит внимания с аномально коротким периодом его удерживания на каком-либо объекте или действии в качестве первичного дефекта при СДВГ. При уточнении ключевых характеристик СДВГ Дуглас в своих последующих работах наряду с такими типичными проявлениями этого синдрома, как дефицит внимания, импульсивность моторных и вербальных реакций и Г., отметила необходимость существенно большего, чем в норме, подкрепления для выработки поведенческих навыков у детей с СДВГ. Одной из первых она

пришла к выводу о том, что СДВГ обуславливается общими нарушениями процессов самоконтроля и торможения на высшем уровне регуляции психической деятельности, но отнюдь не элементарными расстройствами восприятия, внимания и двигательных реакций.

Работы Дуглас и послужили основанием для введения в 1980 г. году в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-IV и затем в классификации МКБ-10 (1994) диагностического термина «синдром дефицита внимания с гиперактивностью». Согласно самой современной теории, дисфункция лобных структур может быть обусловлена нарушениями на уровне нейромедиаторных систем. Становится все более очевидно, что основные изыскания в данной области относятся к компетенции нейрофизиологии и нейропсихологии. Это, в свою очередь, диктует и соответствующую специфику коррекционных мероприятий, которые и по сей день, увы, остаются недостаточно эффективными.

В ходе диагностической и коррекционной работы с гиперактивными детьми необходимо учитывать то, что Г. может иметь внешнее сходство с целым рядом иных состояний: реакциями психотравмирующие ситуации, неврозами, астеноневротическим синдромом при заболеваниях внутренних органов, психопатиями, гипоманией, ЗПР, аутизмом, шизофренией и др. Г. необходимо разграничивать с нормальной, свойственной детскому возрасту повышенной двигательной активностью, а также индивидуальными особенностями темперамента.

**ГИПЕРДИНАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** (от греч. *hyper* – чрезмерно и *dynamis* – сила), синдром двигательной расторможенности – наиболее распространенное проявление раннего поражения ЦНС, выражающееся в чрезмерной активности, суетливости, раздражительности, неспособности к целенаправленному и организованному поведению. Заметно усиливается при утомлении и соматических заболеваниях. Наиболее выражен у детей, страдающих церебрастениями, у которых повышенная утомляемость препятствует произвольной регуляции поведения. Обычно проходит к 11–12 годам, но в подростковом возрасте возможны обострения. Дети с Г. с. требуют особого подхода – дозирования нагрузок, смены видов деятельности.

**ГИПЕРКИНЕЗ** (от греч. *hyper* – чрезмерно и *kinesis* — движение) – чрезмерные насильственные произвольные движения, возникающие при органических и функциональных нарушениях ЦНС (преимущественно при поражении подкорковых образований). Термином «Г.» обозначается обширная группа двигательных расстройств, среди которых *хорея*; атетоз – медленные напряженные движения кистей рук; тормозной спазм – аналогичные атетозу произвольные выгибания шеи, туловища; миоклония – беспорядочные вздрагивания отдельных мышц; *тики*.

**ГИПЕРОПЕКА** – чрезмерная забота о детях. Выражается в стремлении родителей окружать ребенка повышенным вниманием, защищать даже при отсутствии реальной опасности, постоянно удерживать около себя, «привязывать» детей к своему настроению и чувствам, обязывать их поступать определенным, наиболее безопасным для родителей способом. При Г. ребенок лишается возможности самостоятельно преодолевать трудности. В результате он теряет способность к мобилизации своей энергии в трудных ситуациях, он ждет помощи от взрослых, прежде всего от родителей; развивается так называемая выученная беспомощность – условнорефлекторная реакция на любое препятствие как на непреодолимое.

Обычно более высокий уровень заботы проявляется к детям первых лет жизни, при наличии заболеваний, физических и нервно-психических дефектов. Вне действия этих факторов Г. более свойственна не очень общительным матерям, с ограниченным, заранее определенным кругом контактов. Недостаточную общительность они компенсируют в отношениях с детьми. Более выражена, чем у отцов, связь между типом темперамента матери и характером заботы: Г. чаще встречается у матерей с флегматическим и меланхолическим

темпераментом. В большей степени Г. свойственна доминирующим в семье матерям, отражая их произвольную установку на создание зависимости у детей. При этом срабатывает психологический механизм «обязывания» детей действовать определенным, раз и навсегда заданным образом. К тому же нередко эти матери пытаются образовать с дочерьми изолированную пару общения в семье, чрезмерно опекая их и не допуская участия отца в воспитании. Если дочь похожа на отца и испытывает потребность эмоционального контакта с ним, подобная конфликтная структура семейных отношений может неблагоприятно сказаться на формировании характера девочки и ее последующих отношений в браке.

Особая разновидность Г. встречается у матерей с истерическими чертами характера, претенциозных, добивающихся признания любой ценой. Средством этого является ребенок, достижения которого всячески подчеркиваются, выделяются; вокруг ребенка создается ореол исключительности и нередко культ вседозволенности.

Лежащее в основе Г. стремление матери «привязать» к себе ребенка, не отпускать от себя часто мотивировано чувством беспокойства и тревоги. Тогда потребность в постоянном присутствии детей становится своего рода ритуалом, уменьшающим беспокойство матери и прежде всего страх одиночества, или более широко – страх отсутствия признания, лишения поддержки. Поэтому тревожные и тем более пожилые матери склонны к большей опеке. Неблагополучие семейных отношений, когда расстраивается эмоциональная сплоченность супругов (родителей), также может выливаться в избыточное внимание хотя бы одного из них к детям – как форма компенсации утраченной близости.

Другой распространенный мотив Г. – существование у родителей постоянного чувства страха за ребенка, навязчивых опасений за его жизнь, здоровье, благополучие. Им кажется, что с детьми обязательно что-то может случиться, что их нужно во всем опекать, предохранять от опасностей, большинство из которых на поверку оказываются плодом мнительного воображения родителей. Г., обусловленную страхом одиночества или несчастья с ребенком, можно расценить в качестве навязчивой потребности в психологической защите прежде всего самого родителя, а не ребенка.

В известной мере родительское беспокойство может быть оправданным из-за неблагоприятного стечения жизненных обстоятельств у детей, особенно при их физической и нервной ослабленности. Однако это порождает у ребенка ответное чувство беспокойства и зависимости от родителей.

Еще одна причина Г. – инертность родительского отношения к ребенку: к уже подросшему ребенку, к которому нужно предъявлять более серьезные требования, продолжают относиться как к маленькому. Такое отношение обычно имеет место в тех случаях, когда превосходство над маленьким, неопытным, беззащитным ребенком, возможность его опекать и наставлять выступает главной, если не единственной возможностью личностного самоутверждения самих родителей. Понятно, что взросление ребенка, обретение им все большей независимости пугает родителей, так как лишает их важного источника самоутверждения. Не имея иных возможностей поддержать свой высокий статус, они бессознательно стремятся удержать растущего ребенка в положении малого дитя, в сравнении с которым и во взаимоотношениях с которым только и возможно проявить свои достоинства. Поэтому любые проявления личностного роста ребенка такие родители рассматривают как вызов и стремятся дать им отпор. Эта проблема приобретает особое значение в подростковом возрасте, когда несоответствие родительского отношения возросшим возможностям ребенка может привести к острым конфликтам. Положение усугубляется тем, что с малолетства опекаемый ребенок плохо ориентируется во всем многообразии жизненных ситуаций, нечетко представляет себе конструктивные способы собственного самоутверждения, что может вылиться в принятие им извращенных, деструктивных способов, а это полноценной самореализации как родителей, так и их подросшего ребенка.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.