



# **СПРАВОЧНИК**

**ПО КОМПЛЕКСНОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**



# **Справочник по комплексной реабилитации инвалидов**

*Рекомендовано УМО  
по образованию в области социальной работы  
в качестве учебного пособия для студентов высших учебных  
заведений, обучающихся по направлению и специальности  
«Социальная работа»*

**Пермь 2010**

УДК 369.06

ББК 60.993

С 48

Авторы: В. А. Бронников, Т. В. Зозуля, Ю. И. Кравцов, М. С. Надымова

**Словарь** по комплексной реабилитации инвалидов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / В. А. Бронников, Т. В. Зозуля, Ю. И. Кравцов, М. С. Надымова; под науч. ред. В. А. Бронникова; **Перм. гос. ун-т.** – Пермь, 2010. – 530 с.

ISBN 978-5-7944-1238-3

В настоящем пособии представлены основные термины и понятия, раскрывающие современные теоретико-методологические основы комплексной реабилитации инвалидов; в нем рассматриваются теоретические и практические вопросы социальной работы с инвалидами; медицинские, социальные, профессиональные, психологические проблемы людей с нарушением слуха, зрения, интеллекта; организация медико-социальной реабилитации как приоритетного направления государственной политики в отношении инвалидов; приводятся технологии социальной реабилитации разных категорий инвалидов.

Пособие составлено в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами, регулирующими реабилитационную помощь и социальную поддержку этой категории граждан.

Издание ориентировано на специалистов служб медико-социальной экспертизы и реабилитации, работников органов и учреждений социальной защиты, здравоохранения, образования, труда и занятости, студентов и преподавателей профильных вузов, а также может быть полезно всем гражданам, интересующимся вопросами реабилитации инвалидов.

**УДК 369.06**

**ББК 60.993**

Рецензенты:

**Б. Н. Бейн**, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии Кировской государственной медицинской академии

**А. А. Волочков**, д-р психол. наук, проф., зав. кафедрой практической психологии, зам. директора по науке Института психологии Пермского гос. пед. ун-та

**В. С. Соколова**, д-р мед. наук, проф., зав. отделением восстановительной медицины и реабилитации ЦКБ РАН, профессор кафедры социальной реабилитации и АФК Российского государственного социального университета

ISBN 978-5-7944-1238-3

© В. А. Бронников, Т. В. Зозуля,  
Ю. И. Кравцов, М. С. Надымова, 2010

© **Пермский государственный  
университет, 2009**

© Издательство ПОНИЦАА, 2009 (обложка)

## Предисловие

Рецензируемое учебное пособие «Справочник по комплексной реабилитации инвалидов» является современным и актуальным изданием. Изменения общественного отношения к проблемам инвалидности и инвалидам, развитие системы их комплексной социальной реабилитации является одной из приоритетных и ответственных задач современной социальной политики государства. Именно система многопрофильной комплексной реабилитации как самостоятельная область научной и практической деятельности призвана помочь восстановлению способностей инвалидов к социальному функционированию, независимому образу жизни.

В связи с этим большое значение приобретает подготовка специалистов, владеющих знаниями по реабилитации инвалидов, способами решения социальных проблем, связанных со здоровьем, методами восстановления способности инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, навыками формирования механизмов взаимодействия социального окружения с лицами с ограниченными возможностями здоровья.

На современном этапе социальной реабилитацией инвалидов занимаются специалисты различных профессий и специальностей, эффективное взаимодействие которых возможно только на междисциплинарной основе, что требует своеобразной унификации применяемой терминологии и единых современных методологических взглядов, в частности, позиции Международной классификации нарушений функционирования (МКФ). В связи с чем объединение столь разнообразных, но раскрывающих различные аспекты реабилитологии терминов, определений и понятий в единый справочник очень необходимо.

В данном учебном пособии представлен понятийный аппарат комплексной реабилитации инвалидов с позиции биопсихосоциального подхода. Даны основные определения медико-социальной экспертизы, медицинских, психолого-педагогических, психологических, профессиональных и социальных аспектов реабилитации. Кратко, но достаточно полно описаны основные заболевания, приводящие к детской и взрослой инвалидности. Раскрыты термины и понятия, касающиеся непосредственно технологий социально-средовой, социально-бытовой, социокультурной, профессиональной реабилитации, адаптивной физкультуры и спорта, а также методов психосоциальной и психокоррекционной работы.

Таким образом, рецензируемое учебное пособие «Справочник по комплексной реабилитации инвалидов», авторами-составителями которого являются доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неврологии педиатрического факультета Пермской государственной медицинской академии, профессор Ю. И. Кравцов, доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной работы Пермского государственного университета В. А. Бронников, доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной медицины, рекреации и адаптивной физической культуры Российского государственного социального университета, профессор кафедры психологии Российского университета инноваций Т. В. Зозуля, клинический психолог, директор научно-внедренческого центра «Аркус», заместитель председателя комитета социальной защиты населения администрации г. Перми М. С. Надымова, является своевременным и актуальным. Издание предназначено и будет полезно для студентов и аспирантов, а также для специалистов учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты, труда и занятости.

Доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой неврологии  
и нейрохирургии Кировской  
государственной медицинской академии

Б. Н. Бейн

В связи с изменениями общественного отношения к проблеме инвалидности и инвалидам развитие системы комплексной социальной реабилитации приобретает приоритетную значимость, поэтому необходимость в подготовке специалистов, владеющих современными методами реабилитации, навыками формирования механизмов психологической адаптации лиц с инвалидностью возрастает. К этому сложному процессу привлекаются разные специалисты, эффективное взаимодействие которых возможно при унификации применяемой терминологии и единых современных методологических взглядов, в частности, позиции международной классификации нарушений функционирования (МКФ), в связи с чем включение определений и понятий в единое справочное пособие весьма полезно и своевременно.

В рецензируемом пособии представлен понятийный аппарат комплексной реабилитации инвалидов с позиции «биопсихосоциального» подхода. Рассмотрены основные определения медико-социальной экспертизы, медицинских, психолого-педагогических, социально-психологических, профессиональных, социальных аспектов реабилитации. Описаны основные заболевания, приводящие к детской и взрослой инвалидности, а также термины, касающиеся непосредственно технологий социально-средовой, социально-бытовой, социокультурной, профессиональной реабилитации и методов психосоциальной коррекции.

Резюмируя, прихожу к заключению, что «Словарь по комплексной реабилитации инвалидов» под редакцией доктора медицинских наук, профессора кафедры социальной работы Пермского государственного университета В. А. Бронникова, является своевременным и актуальным. Издание может быть рекомендовано к печати и окажется полезным для студентов и аспирантов социальных, психологических, медицинских вузов, а также для психологов, врачей разных специальностей и других специалистов реабилитационных учреждений.

Доктор психологических наук,  
профессор, заместитель директора  
по науке Института психологии  
Пермского государственного педагогического  
университета, заведующий кафедрой  
практической психологии

А. А. Волочков

Развитие системы комплексной реабилитации больных и инвалидов, создание широкой сети учреждений реабилитационного профиля повышает актуальность подготовки специалистов по медицинской, психологической, коррекционно-педагогической и социальной реабилитации.

Между тем ощущается острый дефицит учебной и методической литературы по вопросам организации и методам проведения комплексной реабилитации инвалидов.

Представленное издание является результатом совместного труда коллектива специалистов различных профессий, имеющих опыт практической реабилитационной и педагогической деятельности. Работа выполнена с ориентацией в большей степени на учебный стандарт подготовки социальных работников, но с полным правом может стать одним из немногих учебных материалов для студентов и аспирантов социальных, педагогических и медицинских вузов, а также для широкого круга специалистов реабилитационных учреждений (психологов, социальных работников, врачей, дефектологов, методистов по ЛФК и пр.)

Словарь является серьезной работой с систематизированным изложением современных научно-теоретических представлений и практического опыта в сфере комплексной реабилитации инвалидов. Он позволяет изучить широкий спектр категорий, терминов и понятий, имеющих отношение к комплексной реабилитации инвалидов, ознакомиться с современными методами исследования, диагностики, функциональных возможностей, психологических и социальных проблем личности, планирования и проведения реабилитационной работы.

В словаре освещены классические и современные подходы к теории инвалидности. Достоинством работы является то, что авторы сумели отразить все многообразие теоретико-методологических аспектов комплексной реабилитации инвалидов всех категорий и возрастов. Представлены принципы и методы проведения реабилитационно-экспертной диагностики статуса инвалида и индивидуально ориентированных реабилитационных мероприятий разной направленности. Освещены особенности практической деятельности государственных учреждений и общественных организаций, использующих различные технологические приемы и методы.

Вполне заслуженно особое внимание уделено понятиям медицинской реабилитации. Медицинская реабилитация как первая ступень в длительном процессе реабилитации учитывает медико-

биологические аспекты инвалидности, способствует ликвидации последствий болезни, играет существенную роль в профилактике инвалидности, способствует восстановлению социальных функций больных и инвалидов, улучшению их психоэмоционального самочувствия. В справочнике акцент сделан на основные заболевания и состояния, приводящие к инвалидности, на те методы медицинской реабилитации, которые непосредственно направлены на повышение возможностей социального функционирования: протезирование, средства физической культуры, физио- и трудотерапию, воздействие природными факторами среды.

Болезнь, сенсорная и социальная депривация, состояние инвалидности оказывают отрицательное влияние на характер и психическую деятельность личности. Знание психологических особенностей инвалидов имеет колоссальное значение для любых специалистов, работающих с ними, а психологическое сопровождение должно иметь место на всех этапах реабилитации. К сожалению, этим вопросам в научной и образовательной литературе не уделяется должного внимания. Заслуженой авторам является то, что освещению указанных аспектов, методов психосоциальной реабилитации и психолого-педагогической коррекции уделено достаточное внимание.

В словаре представлена интересная и важная информация об инновационных технологиях социальной работы за рубежом и в нашей стране. Показана активизирующая и социальная роль «движения независимой жизни», средств культуры и спорта в реабилитации.

Сводная справочная подача материала наглядно помогает овладеть навыками цельного восприятия личности инвалида, его социально-психологических и медицинских проблем и методов их решения, что важно в формировании профессиональных качеств специалиста.

Комплексная реабилитация строится на основе бригадного метода ведения клиента. Такой подход оказывается более эффективным и полезным, так как используется многоуровневая диагностика имеющихся психологических, клинических, функциональных расстройств и социальных проблем инвалида, каждый член команды дополняет усилия других в процессе реабилитации, в результате обеспечивается воздействие на все уровни поражения – биологический, личностный, социальный.

Однако взаимопонимание участников реабилитационного процесса возможно лишь при достаточно высоком профессиональном уровне и компетентности специалистов в смежных областях, знании



«общего языка». Представленный словарь может помочь усвоить термины и определения, преодолеть узкоспецифические знания профессионалов и наладить эффективное межпрофессиональное взаимодействие, продуктивный ценностно-ориентированный диалог в процессе реабилитации.

Представленный словарь может стать одним из отправных пособий для подготовки и повышения квалификации специалистов в области реабилитации.

«Словарь по комплексной реабилитации инвалидов» соответствует стандартам основной образовательной программы подготовки специалистов по социальной работе (квалификации «бакалавр», «специалист») и рекомендуется принять к публикации в качестве дополнительной учебной литературы. Эта книга имеет ценность также для любых практических работников в области комплексной реабилитации.

Доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая отделением  
восстановительной медицины  
и реабилитации ЦКБ РАН,  
профессор кафедры социальной  
реабилитации и АФК Российского  
государственного социального университета

В. С. Соколова

Уважаемые читатели! Перед Вами первое учебное пособие по комплексной реабилитации инвалидов. В нашей стране издается множество медицинских, педагогических, юридических, психологических учебников и справочных пособий, посвященных общим и частным проблемам медицинской, социальной, психолого-педагогической реабилитации.

Однако очевидно, что назрела необходимость нового издания, отвечающего потребностям широкого круга специалистов, работа которых связана с реабилитацией, социализацией и интеграцией людей с ограниченными возможностями здоровья.

За последние годы все отчетливее определяются позитивные изменения общественного отношения к проблеме инвалидности и инвалидам, развивается система их комплексной реабилитации, что является одной из приоритетных и ответственных задач современной социальной политики государства. Именно система многопрофильной комплексной реабилитации как самостоятельная область научной и практической деятельности призвана помочь восстановлению способностей инвалидов к социальному функционированию, независимому образу жизни.

В связи с этим большое значение приобретает профессиональная осведомленность специалистов о современных научно-практических знаниях и об опыте по комплексной реабилитации инвалидов и восстановительному лечению пациентов. При этом акцент реабилитационных мероприятий ставится не только на фармакотерапии, но и на современных методах восстановления способностей к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, на формировании навыков взаимодействия социального окружения с лицами с ограниченными возможностями здоровья и решении социально-правовых проблем, связанных со здоровьем, т. е. на социальном аспекте.

В настоящее время система реабилитации инвалидов в России находится на стадии формирования и не имеет достаточно проработанной правовой базы и хорошо развитой инфраструктуры. Формируется сеть реабилитационных учреждений, профилированных на специфические проблемы отдельных категорий инвалидов, с разной направленностью деятельности и формами собственности. Разнообразие видов реабилитационных учреждений имеет не только положительные стороны, но и ставит дополнительные задачи по стандартизации их деятельности.

На современном этапе комплексной реабилитацией занимаются специалисты разных специальностей, эффективное

взаимодействие которых возможно только на междисциплинарной основе, что требует единых современных методологических взглядов, в частности, позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), в связи с чем «Словарь по комплексной реабилитации» имеет междисциплинарную и межотраслевую направленность. Мы надеемся, что предлагаемое издание может быть интересно и полезно для всех специалистов, работающих с инвалидами, для студентов и аспирантов социальных вузов, специализирующихся в области социальной реабилитации разных категорий населения, для медицинских работников, врачей многих специальностей, психологов и других специалистов реабилитационных учреждений.

Мнения и критические замечания наших читателей будут приниматься с благодарностью и учитываться в процессе будущих работ авторов.

## А

**Абберация поведения** – см. **Девииантное поведение**.

**Абдукция** – отведение конечностей от средней линии тела, а также отдельных его частей.

**Абазия** – нарушение способности ходить при сохранении способности выполнения движений, составляющих ходьбу: больной может совершать соответственные действия в нужном объеме и с достаточной силой лежа. Чаще всего встречается при истерии, при двигательных расстройствах нижних конечностей и нарушении равновесия при поражении лобных долей головного мозга. Часто сопровождается астазией.

**Абилитация** – комплекс мероприятий, направленных на формирование новых, а также на развитие имеющихся функциональных систем организма и способностей индивида, естественное развитие которых затруднено в силу болезни или дефекта, с целью успешной социальной интеграции инвалида.

**Абсанс** – кратковременная утрата сознания при малых эпилептических припадках (см. **Эпилепсия**).

**Абсолютная слепота** – отсутствие какой-либо способности с помощью зрения различать свет.

**Абулия (дисбулия)** – психопатологическое нарушение, характеризуется общей вялостью, нарушением волевого импульса, отсутствием желания и побуждения к какой-либо деятельности; неспособность к решениям и поступкам. Порой больной имеет желание к действию, но не в состоянии от желания перейти к действию – ему недостает психической энергии для его выполнения. Абулия выступает проявлением апатии. Возникает при поражениях и органических заболеваниях головного мозга, особенно лобных отделов (лобная абулия), прежде всего в форме психомоторной заторможенности. Также может определяться на фоне глубокой олигофрении, шизофрении, выступать как один из признаков начала психического заболевания.

**Авансирование** – педагогический прием, подход и отношение к воспитаннику на основе оптимистической гипотезы, веры в его успехи, достижения и способности; заключается в оглашении достоинств ребенка, которые он еще не успел проявить, но непременно проявит в будущем; ожидание положительных свершений, высказанное педагогом, влечет за собой попытки ребенка оправдать эти ожидания.

Авансирование как прием осуществляется в контексте специальной педагогической технологии, выступающей как общая

характеристика устойчивой педагогической позиции воспитателя (доброжелательность, ожидание успеха, забота о создании ситуации успеха, оглашение положительных качеств как постоянная черта складывающихся отношений, проектирование высоких результатов, опора на существующие достижения воспитанника).

**Автоматизация движений** – этап формирования двигательного навыка, при котором осуществляется переход отрабатываемого действия на уровень неосознаваемого контроля, когда основная роль отводится восприятию и ощущениям, особенно кинестетическим. Если изменение условий деятельности вызывает существенные затруднения в выполнении действия, то может происходить деавтоматизация навыка, при которой основным регулятором снова становится сознательный контроль, осуществляемый посредством мышления и речи. Физиологической основой автоматизации движений принято считать образование динамических стереотипов.

**Автоматизм амбулаторный** – состояние помрачения сознания, проявляющееся внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных двигательных актов с последующей амнезией.

**Автономная нервная система** – см. **Вегетативная нервная система**.

**Аггравация** – клиническое нарушение, при котором происходит преднамеренное преувеличение тяжести фактически имеющихся болезненных симптомов и субъективных болезненных ощущений. В отличие от симуляции в основе аггравации все же лежит действительно болезненное расстройство. По мнению С. С. Корсакова, аггравация обусловлена и заболеванием (часто это может быть истерия), и личностными особенностями самого больного.

**Агнозия** (греч. отрицательная приставка а- и gnosis – знание, познание) – нарушение, возникающее при поражении больших полушарий коры головного мозга, при котором мозг не может расшифровать информацию, поступающую от нормально функционирующих рецепторов. При этом агнозия обычно не развивается при поражении первичных (проекционных) отделов коры головного мозга, входящих в состав коркового уровня анализаторов. В этих случаях наступают элементарные расстройства чувствительности (снижение зрения, слуха, тактильной чувствительности, нарушения болевой чувствительности).

Собственно агнозия возникает при поражении вторичных (проекционно-ассоциационных) отделов коры, когда элементарная чувствительность сохраняется, но утрачивается способность к анализу

и синтезу информации о предмете. Его опознание существенно затрудняется или становится невозможным. Различаются:

- **агнозия зрительная** проявляется в неспособности узнавать предметы по их изображениям при сохранении достаточной остроты зрения; возникает при поражении вторичных полей затылочной зоны коры головного мозга и прилегающих к ним теменных и височных полей; характер нарушения определяется стороной поражения и локализацией его очага (см. **Агнозия зрительная**);
- **агнозия сенсорная** проявляется в виде обонятельной агнозии (неспособности опознавания предметов по обонянию), вкусовой агнозии (нарушении узнавания предмета по вкусу) и тактильной агнозии (см. **Агнозия тактильная**);
- **агнозия слуховая** проявляется в нарушении фонематического слуха (неспособности различать звуки как составляющие речи, что приводит к расстройствам речи) и в расстройстве способности узнавать знакомые мелодии, звуки, шумы при сохранении элементарных форм слуха возникают при поражении височной доли коры головного мозга (см. **Агнозия слуховая**).

**Агнозия апперцептивная** – см. **Агнозия зрительная**.

**Агнозия ассоциативная** – см. **Агнозия зрительная**.

**Агнозия буквенная** – см. **Агнозия зрительная**.

**Агнозия вкусовая** – см. **Агнозия**.

**Агнозия зрительная** («душевная слепота») – нейропсихологическое нарушение, характеризующееся потерей способности к зрительному восприятию предметов (или их изображений) и явлений действительности при сохранении достаточной остроты зрения и сознания. Возникает при поражении вторичных полей затылочной зоны коры головного мозга и прилегающих к ним теменных и височных полей. Характер нарушения определяется стороной поражения и локализацией его очага. Различаются:

- **агнозия зрительная апперцептивная** проявляется в нарушении синтеза отдельных воспринимаемых признаков в единое целое;
- **агнозия зрительная ассоциативная** проявляется в потере способности называть воспринимаемый предмет;
- **агнозия зрительная предметная** – не узнаются сами предметы и их изображения;

- **агнозия зрительная пространственная** возникает при поражении теменно-затылочных отделов головного мозга, проявляется в потере способности ориентироваться в пространстве, не различаются пространственные признаки объектов, нет адекватного восприятия пространственных координат;
- **агнозия на лица** – нарушается опознание (непосредственно или по фотографии) лиц знакомых людей при сохранении восприятия предметов и их изображений;
- **агнозия цветовая** – нарушение способности адекватно видеть и определять цвета;
- **агнозия буквенная** – потеря способности различать буквы;
- **агнозия зрительная симультанная («одновременная»)**, описана в 1923 г.; возникает при поражении передней части затылочной доли доминантного полушария, проявляется в сокращении количества одновременно воспринимаемых предметов, хотя отдельные предметы воспринимаются адекватно.

**Агнозия на лица** – см. **Агнозия зрительная**.

**Агнозия обонятельная** – см. **Агнозия**.

**Агнозия предметная** – см. **Агнозия зрительная**.

**Агнозия пространственная** – см. **Агнозия зрительная**.

**Агнозия сенситивная** включает вторичный астереогноз (см. **Агнозия тактильная**, **Астереоагнозия**), где неузнавание осязаемого предмета является следствием нарушения поверхностной и глубокой чувствительности.

**Агнозия сенсорная** – см. **Агнозия**.

**Агнозия слуховая** – нейропсихологическое нарушение, характеризующееся потерей способности опознания звуков, фонем и шумов. Возникает при поражении височной доли коры доминантного полушария головного мозга, вследствие чего нарушается фонематический слух и утрачивается способность к различению звуков речи.

**Агнозия социальная** – понятие, введенное В. Райхом для обозначения такого отношения человека к собственной жизни, при котором он не воспринимает позитивные стороны жизни и не способен организовать свою деятельность так, чтобы она приносила удовлетворение. Характерна для психопатической личности.

**Агнозия стимульная** – см. **Агнозия зрительная**.

**Агнозия тактильная** – нарушение, включающее только первичный астереогноз, при котором теряется способность к адекватному восприятию предметов на ощупь при достаточной адекватности поверхностной и глубокой чувствительности отдельных тактильных ощущений: формы, массы, температуры. Возникает при поражении вторичных корковых полей теменной доли левого или правого полушария головного мозга. Выделяются различные виды тактильной агнозии:

- **аморфогнозия** – нарушение узнавания формы предмета;
- **анхилогнозия** – нарушение интеграции текстурных признаков предмета в целостный образ;
- **астереогнозия** – нарушение узнавания формы предмета на ощупь (см. **Астереогнозия**);
- **соматоагнозия (аутоагнозия)** – нарушение восприятия целостного образа собственного тела, неузнавание его частей.

**Агнозия цветовая** – см. **Агнозия зрительная**.

**Агорафобия** – вид фобии, при которой пациент избегает открытых пространств, испытывает тревогу, немотивированное опасение переходить улицы и площади, находиться в толпе и транспорте; большую часть времени проводит дома. Может выступать компонентом невротической и циклотимической депрессии.

**Аграмматизм** – нейропсихологическое нарушение, характеризующееся потерей способности к анализу грамматического строя речи и грамматически правильному применению речи. Чаще всего наблюдается при очаговых органических поражениях коры височной и лобной долей доминантного полушария головного мозга и является проявлением моторной и сенсорной афазий. Выделяются различные формы аграмматизма:

- **аграмматизм экспрессивный** характерен ошибками в грамматическом построении активной речи;
- **аграмматизм импрессивный** характерен затруднениями понимания значения грамматических конструкций, прежде всего - выражающих отношения (связки, предлоги, союзы, порядок слов).

**Аграфия (дисграфия)** (греческая отрицательная приставка а- и grapho – пишу) – невозможность письма (аграфия) или частичное нарушение процесса письма (дисграфия), возникающие при различных расстройствах речи при достаточной сохранности интеллекта и сформированных навыках письма. У взрослых это одно из проявлений афазии, у детей может выступать как одно из



проявлений общего недоразвития речи, связанного с ранним органическим повреждением головного мозга и может наблюдаться при нарушении звукового анализа слов из-за тугоухости или глухоты.

Аграфия имеет место при дефектах тонкой моторики руки и зрительного гнозиса, анализа и синтеза, пространственных представлений, при нарушении связи моторных образов слов с их звуковыми и зрительными образами. В этих случаях проявляются либо полная утрата способности писать, либо грубое искажение слов, пропуски слогов и букв, неспособность соединить буквы и слоги в слова и пр. Различаются:

- **чистая (оптическая) аграфия** не связана с другими синдромами и обусловлена поражением задних отделов второй лобной извилины доминантного полушария;
- **афатическая аграфия** возникает при афазии, когда поражена левая височная кора; обусловлена дефектами фонематического слуха и слухоречевой памяти;
- **апрактическая аграфия** возникает при апраксиях;
- **конструктивная аграфия** возникает при конструктивной апраксии.

**Агрессивность** – устойчивая черта личности либо готовность к агрессивному поведению; обусловлена как закреплением индивидуального реагирования в процессе социализации, так и ориентацией на культурно-социальные нормы. Важная роль принадлежит ситуативным переменным: истолкованию намерений окружающих, возможности получения обратной связи, провоцирующему влиянию окружения и пр.

Некоторые проявления агрессии и аутоагрессии могут быть признаком развивающихся патопсихологических изменений личности (возбудимая психопатия, паранойя, эпилепсия и пр.). В формировании агрессивности и проявлении агрессивных актов большую роль играет нарушение (ненадлежащее развитие) эмпатии, идентификации и толерантности, лежащих в основе способности к пониманию других людей и к сопереживанию им.

**Агрессия** – индивидуальное или коллективное поведение или действие, направленное на нанесение физического или психического вреда либо даже на уничтожение другого человека или группы. В качестве объекта могут выступать и неодушевленные предметы. Служит формой отреагирования физического и психического дискомфорта, стрессов, фрустраций. Кроме того, может выступать как средство достижения некой значимой цели, в том числе повышения собственного статуса за счет самоутверждения. По направленности

разделяется на аутоагрессию (агрессию, направленную на себя) и гетероагрессию (агрессию, направленную на других). Различают следующие виды (формы) агрессии:

- **вербальная агрессия** – склонность ругаться, грубить, делать замечания и высказывания угрожающего характера и т. п.;
- **защитная агрессия** – агрессия, вызванная ощущением угрозы со стороны окружающих;
- **инструментальная агрессия** – агрессивные действия не являются выражением эмоциональных состояний: цель действий субъекта, проявляющего агрессию, нейтральна, и агрессия применяется лишь как средство достижения этой цели;
- **косвенная агрессия** – агрессивное поведение, направленность которого против некоего лица или предмета самим субъектом агрессии скрывается или не осознается;
- **невротическая агрессия** – агрессия, вызванная общим неблагоприятным самоощущением;
- **прямая агрессия** – агрессивное поведение намеренного характера, цель которого не скрывается;
- **реактивная агрессия** возникает как реакция субъекта на фрустрацию и сопровождается эмоциональными состояниями гнева, враждебности, ненависти и пр. Выделяют аффективную, импульсивную и экспрессивную агрессии;
- **физическая агрессия** – агрессивное поведение с использованием физической силы, направленное против другого субъекта или объекта.

**Адаптационный синдром** – комплекс приспособительной реакции организма в ответ на значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия (стрессоры). Основными проявлениями адаптационного синдрома являются: нарушение обмена веществ с преобладанием процессов распада, увеличение коры надпочечников, уменьшение вилочковой железы, селезенки и лимфатических узлов. Адаптационный синдром включает три стадии:

- стадия тревоги, на которой происходит мобилизация защитных реакций организма; продолжается от нескольких часов до двух суток;

- стадия устойчивости, когда повышается сопротивляемость организма к вредоносным воздействиям;
- стадия истощения – наступает, если не происходит выздоровления, может окончиться гибелью организма.

См. также **Стресс**.

**Адаптация** (позднелат. *adaptatio* – приспособление) – 1. Приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды, направленное на сохранение гомеостаза. На метаболическом уровне осуществляется путем регуляции характера и интенсивности процессов обмена веществ и энергии в соответствии с потребностями организма. На уровне органов чувств происходит приспособление к особенностям воздействующих стимулов для их оптимального восприятия и предохранения рецепторов от перегрузки (см. **Реадаптация**). Выделяются различные фазы процесса адаптации: фаза первоначальной декомпенсации и последующие фазы частичной, а затем и полной компенсации. Изменения, сопровождающие адаптацию, затрагивают все уровни организма – от молекулярного до психологической регуляции деятельности. Решающую роль в успешности адаптации играют тренировки, а также функциональное, физическое и психическое состояние индивида.

2. В социальной реабилитации термин почти всегда относится к адаптации к окружающей среде в целом, а также к способности эффективно влиять на окружающую среду. Принято выделять следующие виды адаптации.

- **Физиологическая адаптация** – приспособление организма к функционированию при утрате или нарушении функции какого-либо органа (органов).
- **Психологическая адаптация** – приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценок за счет присвоения норм и ценностей данного общества; преодоление психологического барьера заниженной самооценки, возникшей вследствие утраты здоровья; повышение устойчивости личности к изменяющимся условиям среды за счет усвоения новых форм психологического реагирования и новых паттернов поведения.
- **Социально-бытовая адаптация** – приспособление индивида к конкретным социально-бытовым условиям, режимам повседневной и семейно-бытовой

деятельности.

- **Социальная адаптация** – активное приспособление к условиям социальной среды путем усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе. В процессе реабилитации социальная адаптация происходит главным образом под влиянием целенаправленных воздействий, но может осуществляться и стихийно (например, за счет подражания). В результате достигается формирование или восстановление самосознания и ролевого поведения, способности самоконтроля и самообслуживания, способности адекватных связей с окружающими. В зависимости от структуры потребностей и мотивов индивида выделяют активный и пассивный типы социальной адаптации. Активный тип социальной адаптации характерен преобладанием активного воздействия на социальную среду; пассивный тип – определяется пассивным, конформным принятием целей и ориентации ценностной группы. Важной характеристикой социальной адаптации является принятие инвалидом своей новой социальной роли. Этим обусловлено отнесение социальной адаптации к одному из основных социально-психологических механизмов социализации личности. Эффективность адаптации существенно зависит от того, насколько адекватно индивид воспринимает себя и свои социальные связи. См. также **Рееадаптация социальная.**
- **Профессионально-производственная адаптация** – приспособление индивида к условиям профессиональной среды: содержанию, режиму, условиям, характеру профессиональной деятельности, трудовому коллективу на основе определения оптимального уровня производственных нагрузок, связанных с исполнением требований рекомендуемой профессиональной деятельности в условиях конкретного производства. Приобретение новых знаний и умений для выполнения работы, доступной по состоянию здоровья. Профессионально-производственная адаптация начинается в процессе профессионального консультирования, профессионального обучения и переобучения.

**Адаптивная физическая культура (АФК)** 1. Методы, приемы и средства физического воспитания для формирования у инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья жизненно и профессионально необходимых умений и навыков, развития и совершенствования физических, психических, функциональных и волевых качеств и способностей, позволяющих им обрести самостоятельность, независимость (реабилитационный аспект адаптивной физической культуры), а также для достижений спортивных результатов, повышения качества жизни и возможности социальной интеграции (социально-интегрирующий аспект АФК).

2. Учебная и научная дисциплина как одна из составляющих классической физической культуры, изучающая теорию и методику применения специальных принципов, приемов и средств физического воспитания для лиц с ограниченными возможностями. Включает адаптивное физическое воспитание, адаптивную двигательную реабилитацию, адаптивную физическую рекреацию и спорт среди инвалидов.

**Адаптивность** – способность организма адаптироваться (приспосабливаться) к изменившимся условиям внешней и внутренней среды с помощью различных приспособлений и механизмов.

**Аддиктивное поведение** – см. **Саморазрушающее поведение**.

**Аддукция** – приведение конечности к средней линии тела.

**Адекватность ощущения и восприятия** – характеристика процесса восприятия, основана на инвариантности основных свойств субъективного образа. Воспринимаемые признаки какого-либо объекта или процесса в целом соответствуют описанию данного объекта или процесса, которое дается другими людьми и не противоречит данным, полученным по другим сенсорным каналам. Напротив, неадекватный образ отражения, как бывает, например, в иллюзиях восприятия, рассогласован с другими формами перцептивного и когнитивного опыта индивида, с одной стороны, и не соответствует тем субъективным образам, которые порождаются в данной ситуации у других людей, – с другой.

**Адекватность поведения** – соответствие поведения ситуации и общепринятым стандартам.

**Адекватность представлений** – соответствие представлений жизненной реальности и общепринятым стандартам.

**Адинамия** – состояние патологической мышечной расслабленности и пониженной двигательной активности. Возникает при длительном голодании, тяжелых соматических и инфекционных

заболеваниях, отравлениях, а также при тяжелых поражениях головного мозга различной этиологии. Например, поражение лобных долей головного мозга (вследствие опухолей или травм) приводит к возникновению так называемого апатико-адинамического синдрома – сочетания адинамии с общей вялостью, заторможенностью.

**Адресность** – принцип социального обслуживания населения, предусматривающий предоставление социальных услуг конкретным лицам (адресатам), нуждающимся в этих услугах.

**Акалькулия** (греч. отрицательная приставка а- и лат. *calcuare* – считать) – полное или частичное (дискалькулия) нарушение способности к осуществлению счетных операций. Возникает при поражении различных областей коры головного мозга. Различают первичную и вторичную акалькулию. Первичная акалькулия как симптом, не зависящий от других расстройств высших психических функций, наблюдается при поражении теменно-затылочно-височных отделов коры левого полушария и представляет собой нарушение понимания пространственных отношений, перехода через десяток, связанного с разрядной структурой числа, неразличение арифметических знаков и т. д. Вторичная акалькулия, входящая в структуру того или иного нейропсихологического синдрома, может возникать при поражении височных отделов коры больших полушарий, когда нарушается устный счет; затылочных отделов, когда не различаются сходные по написанию цифры, и префронтальных отделов, когда нарушается целенаправленная деятельность, планирование счетных операций и контроль за их выполнением. Коррекционно-педагогическая работа при первичных формах акалькулии в основном направлена на формирование и тренинг опико-пространственных представлений ребенка; при вторичных – на коррекцию первичных нейропсихологических дисфункций.

**Акатизия** – клиническое нарушение, проявляющееся в мышечном беспокойстве, невозможности усидеть на месте и вследствие этого – хождении. Больной имеет побуждение к движению, трудносдерживаемое и достаточно мучительное. У женщин встречается в два раза чаще, чем у мужчин, при различных соматогенных и эндогенных заболеваниях; нередко – при психозах, являясь побочным эффектом приема психофармакологических препаратов. Этиологическая и патогенетическая природа этого явления пока не раскрыта. Также не выработаны эффективные терапевтические приемы, призванные снять данное состояние.

**Аккомодация** – 1. *В физиологии*: динамический процесс приспособления зрения, связанный с усилением преломляющей способности хрусталика глаза на различных расстояниях для точной фокусировки изображения на сетчатке. Ослабление аккомодации приводит к потере способности различать мелкий шрифт, мелкие детали на близком расстоянии.

2. *В психологии*: Теоретический конструкт операциональной концепции интеллекта Ж. Пиаже – изменение уже сложившихся знаний, умений и навыков соответственно появлению новых условий; приспособление схемы поведения к ситуации за счет активности, в результате чего существующая схема изменяется. Аккомодация в развитии интеллекта была описана по аналогии с биологической аккомодацией, целью которой является процесс приспособления к разнообразным требованиям окружающего мира.

**Аккумуляция аффекта** – аффективный процесс, в результате которого в течение более или менее продолжительного времени происходит накопление незначительных по силе отрицательных эмоций, после чего наступает психическая разрядка в виде бурного и мало управляемого аффективного взрыва, наступающего без видимых причин.

**Акмеология** – новая отрасль психологической науки, изучающая профессиональную деятельность с точки зрения проблемы повышения ее продуктивности, выявления закономерности и факторов совершенствования и достижения вершин профессионального мастерства.

**Акселерация** – отмечаемое за последние столетия ускорение соматического развития и физиологического созревания детей и подростков; проявляется в увеличении веса и размеров тела (в том числе у новорожденных), в ускоренном половом созревании. Все это, при сохранении традиционно сложившихся условий воспитания и норм поведения подростков, иногда становится источником психологических коллизий – появления психологических барьеров, конфликтов, аффективных форм поведения.

**Акт идеомоторный** – переход представления о движении мышц в реальное выполнение этого движения либо в появление нервных импульсов, обеспечивающих движение, как только возникает представление о нем. Эти акты непроизвольны, неосознаваемы и обычно имеют слабо выраженные пространственные характеристики. Принцип идеомоторного акта открыл в XVIII в. английский врач Д. Гартли и разработал английский психолог В. Карпентер. Дальнейшие исследования показали, что движения, сопровождающие процесс

представления движений, не всегда произвольны и что мышечные сокращения, вызывающие их, могут осознаваться. Есть два взгляда на физиологический механизм идеомоторного акта. Первый основывается на представлениях И. П. Павлова, который считал, что идеомоторный акт управляется эффекторными импульсами, поступающими от моторных клеток коры головного мозга. Второй подход исходит из положения о кольцевой регуляции движений Н. А. Бернштейна, который считал, что идеомоторный акт управляется благодаря сигналам обратной связи, поступающим от органов движений. Идеомоторные упражнения используются при реабилитации больных с тяжелыми двигательными нарушениями, когда пациентам предлагается образно воспроизводить движения в сознании при невозможности выполнить данное движение реально.

Чувствительность к незаметным для внешнего наблюдателя микродвижениям мышц при идеомоторном акте позволяет угадывать задуманное другим человеком и произвольно производимое им движение. Подобная чувствительность высока у домашних животных, особенно у «самых домашних» – кошек и собак.

**Активационная система мозга** – блок регуляции уровня активации мозга (по А. Р. Лурия), который включает ретикулярную формацию ствола мозга, структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов лимбической системы, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга. Этот блок обеспечивает оптимальные уровни общей и избирательной активации, необходимые для осуществления психических функций и способствующие высокой эффективности исполнения поведенческих актов.

**Активация** – состояние нервной системы, характеризующее уровень ее возбуждения и реактивности. Активация высших центров позволяет организму бодрствовать и внимательно следить за сигналами от окружения, что обеспечивает ему сохранение физиологического и психического равновесия. По своим физиологическим механизмам активация определяется модулирующими влияниями, исходящими из активирующих систем лимбико-ретикулярного комплекса. С изменением этих влияний меняются интенсивность и качественное своеобразие активации, фиксируемые в вегетативных показателях – частоте сердцебиения, кожно-гальваническом рефлексе, артериальном давлении, изменении дыхания и электроэнцефалограммы. Активация бывает длительной – тонической (диффузной), обусловленной мезенцефальными влияниями, и короткой – фазической (локальной), обусловленной таламокортикальными влияниями. Следует различать активацию



нервной системы в целом как ее общую характеристику и активацию отдельных мозговых структур. Различают индивидуальный и оптимальный уровни активации:

- индивидуальный уровень активации – привычный для каждого человека уровень активации, на фоне которого преимущественно реализуется деятельность; этот уровень – природная детерминанта индивидуальности;
- оптимальный уровень активации – уровень максимального соответствия состояния нервной системы поведенческому акту, вследствие чего достигается высокая эффективность его исполнения.

**Активация психологическая** – продолжение активации физиологической. Связана с расшифровкой внешних сигналов, которая зависит от уровня бодрствования и от состояния сознания, а также от потребностей, вкусов, интересов и планов человека.

**Активированность** – интегральное свойство нервной системы, определяющееся безусловно-рефлекторным балансом нервных процессов возбуждения и торможения и тесно связанное с уровнем неспецифической активации со стороны лимбико-ретикулярного комплекса.

**Активность** – понятие, выражающее способность живых существ производить произвольные движения и изменяться под воздействием внешних или внутренних стимулов-раздражителей; характеристика живых существ как способность преобразования среды или поддержания жизненно значимых связей со средой. Является характеристикой жизнедеятельности организма – не уравновешение со средой, а активное преодоление среды, определяемое моделью желаемого будущего. Активность строится согласно вероятностному прогнозированию развития событий в контексте взаимодействия организма с окружающей средой.

В психологии выступает в соотношении с деятельностью, обнаруживаясь как динамическое условие ее становления, выполнения и видоизменения, как свойство ее собственного движения. Активность отражает специфику внутренних состояний субъекта непосредственно в момент действия (в отличие от реактивности, когда действия обусловлены предшествующей ситуацией), а также произвольность как обусловленность деятельности наличием цели у субъекта (в отличие от полевого поведения, когда деятельность осуществляется не в результате собственных внутренних

потребностей и мотивов субъекта, а в результате привлечших его внимание особенностей внешней ситуации).

**Активность ближайшего окружения** – успешность реабилитации инвалида во многом определяется степенью активности ближайшего окружения (родителей, других родственников, друзей, коллег по работе) и его участием в этом процессе. Согласно наблюдениям Л. В. Мордахаева (2001) можно выделить следующие виды активности ближайшего окружения:

- конструктивная активность – окружение активно с самого начала проявления патологического процесса – родственники не только выполняют то, о чем их просят, но и предпринимают самостоятельные шаги, делятся со специалистами домашними наблюдениями, советуются с ними – наиболее благоприятный вариант;
- отсроченная активность – активность появляется после первых положительных результатов – заинтересованность в реабилитации возникает у родственников после получения положительных результатов реабилитации; специалисту по реабилитации важно не пропустить этот момент и стимулировать дальнейшее проявление целесообразной активности;
- скачкообразная активность – характерно проявление активности по настроению или другим причинам, довольно часто зависит от положительных или отрицательных проявлений реабилитации; результативность такой активности очень низкая;
- активность ради активности – родственники стараются выполнять все предписанные специалистами по реабилитации рекомендации, но не вникают в их содержание и личного участия в реабилитации инвалида не принимают; для них важно «пробежать» все кабинеты и обеспечить инвалиду уход, на этом вся забота о нем прекращается; вовлечение таких родственников в активный процесс реабилитации требует аргументированности, деликатности и настойчивости;
- вялая активность или ее отсутствие – родственники уже решили для себя, что бесполезно что-либо делать, и практически отстранились от помощи

инвалиду, акцентируя внимание только на уходе за ним; некоторые осознают, что инвалиду нужна помощь, но сами заниматься этим не хотят, для «очистки совести» могут поместить инвалида в специальное учреждение;

- имитация активности – родственники только при беседе со специалистами делают вид, что основные рекомендации по работе с инвалидом они выполняют, но результативность их крайне слаба; как правило, показывают свою глубокую озабоченность и то, как они много работают над проблемой; внешне очень трудно отличить от фактической деятельности.

**Активность двигательная** – понятие, включающее в себя совокупность движений, выполняемых человеком в процессе своей жизнедеятельности. Критериями двигательной активности служат продолжительность двигательного компонента в суточном бюджете времени, выраженная в единицах времени (минуты, часы) или в процентах по отношению к продолжительности суток, а также число перемещений тела в пространстве (локомоций) за единицу времени или сумма движений в показателях километража локомоций. Существуют различные методики количественного измерения двигательной активности: анкетирование, хронометраж, шагометрия, расчет суточных энергозатрат и т. п.

**Активность личности** – свойство личности, состоящее в стремлении расширять сферу своей деятельности, выхода за рамки ситуационных поведенческих ограничений и ролевых предписаний (мотивация достижения, риск и т. п.).

**Активность психическая (биоритмы психической активности человека)** – периодическое чередование состояния напряжения и расслабления в психической деятельности человека. Различаются биоритмы внешние – их проявление связано с цикличностью солнечной активности (11,5 лет), сменой времен года, суток и пр., и биоритмы внутренние – детерминирующие состояние активности и расслабления физической и психической деятельности.

Особую значимость имеет суточный биоритм активности психической, влияющий на периоды наибольшей работоспособности и утомляемости: максимальная активность отмечается утром (8 – 12 ч), минимум – в середине дня (12 – 16 ч), второй максимум – в вечернее время (16 – 2 ч) и особенно выраженный минимум – ночью (2 – 8 ч).

Чередование максимума-минимума физической активности и психической деятельности в течение суток соответствует схеме: напряжение – расслабление – напряжение – расслабление. Это согласуется с суточным изменением внутренних биоритмов психической активности, проявляемых в активности симпатико-адреналовой системы. Подъем активности утром и вечером соответствует увеличению выделения гормонов: адреналина и норадреналина. Такая жесткая зависимость активных и инактивных компонентов психической деятельности от внутренних биохимических процессов, происходящих в организме, требует четкого соответствия между внутренними биоритмами и внешней организацией жизнедеятельности. Если это соответствие нарушается, то частые последствия этого: нарушение сна, неврозы, заболевания сердечно-сосудистой системы. Поэтому реабилитационный процесс должен обязательно учитывать структуру биоритмов психической активности реабилитанта.

**Актуализация связей** – мнемический процесс, воспроизведение в сознании индивида приобретенного ранее опыта; при этом востребованное из памяти содержание может быть представлено мыслями, представлениями, движениями, эмоциональными состояниями и т. д.

**Акупунктура** (лат. acus – игла и punctura – укол) – см. **Рефлексотерапия**.

**Акцелерация** – см. **Акселерация**.

**Акцентуация** – ярко выраженное своеобразие характера, не доходящее до степени патологии. При акцентуации отдельные личностные черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

**Акцентуация характера** – чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенному роду психотравмирующим воздействиям при устойчивости к другим. Акцентуация характера граничит с психопатией. От последней отличается отсутствием свойственного психопатиям сочетания трех признаков: стабильности во времени, тотальности проявлений и социальной дезадаптации.

**Алалия** (греч. отрицательная приставка a- и lalia – речь) – нейropsychологический симптом, характерен отсутствием (алалия) или недоразвитием (дислалия) у детей речи при нормальном слухе и достаточном уровне интеллекта. Алалия обусловлена повреждениями

речевых зон коры головного мозга в перинатальный период развития (см. **Перинатальный период**), заболеваниях или травмах мозга в доречевой период жизни; этим алалия отличается от афазии, при которой нарушается уже существующая речь. Различаются алалия моторная, когда ребенок вообще не может говорить, хотя понимает обращенную к нему речь (нарушена экспрессивная речь), алалия сенсорная, когда у пациента нет понимания обращенной к нему речи при своевременно появившейся речевой активности (нарушена импрессивная речь), а также алалия сенсомоторная, когда нарушаются импрессивная и экспрессивная составляющие речи.

**Алгоритм** – предписание, задающее на базе системы правил последовательность операций, точное выполнение коих позволяет решать задачи определенного класса. Понятие, ключевое для математики и математической логики. В широком смысле применяется при изучении процессов управления и процедур выполнения предписаний в различных видах деятельности. Включает указание на необходимые для решения задачи исходные данные и критерий или правило, по коему процесс нахождения результата признается законченным. Умение решить задачу в общем виде – владение некоторыми общими приемами решения задач определенного класса – означает владение неким алгоритмом.

**Алекситимия** – неспособность пациента называть эмоции, переживаемые им самим или другими, то есть переводить их в вербальный план. Явление описано Р. Е. Сифносом в 1967 г. и рассматривалось им как предпосылка развития психосоматических заболеваний; свидетельствует о том, что индивид закрыт к новому опыту и центрирован на негативных переживаниях. Для выявления предрасположенности к алекситимии используется Торонтская алекситимическая шкала (TAS).

**Алексия (дислексия, словесная слепота)**, (греч. отрицательная приставка а- и *lexis* – слово, речь) – полное (алалия) или частичное (дислексия) нарушение чтения, расстройство способности чтения, неумение прочесть текст, несмотря на грамотность; неспособность овладеть процессом чтения. Встречается относительно редко, по сравнению с менее выраженной формой – дислексией. Возникают при поражении различных отделов коры левого полушария (у правшей). В зависимости от области поражения коры выделяются различные формы алексии:

- **оптическая алексия** возникает при поражении затылочных долей коры головного мозга, вследствие нарушения зрительного восприятия, при этом не

определяются либо буквы (литеральная оптическая алексия), либо целые слова (вербальная оптическая алексия);

- **односторонняя оптическая алексия** возникает при поражении затылочно-теменных отделов правого полушария, при этом игнорируется одна из половин текста (чаще левая) при незамечании своего дефекта;
- **слуховая (височная) алексия** возникает при поражении коры височной области левого полушария, вследствие нарушения фонематического слуха и звукобуквенного анализа слов (у правой); выступает как одно из проявлений сенсорной афазии;
- **кинестетическая (афферентная) моторная алексия** возникает при поражении нижних отделов постцентральной области коры левого полушария (у правой), вследствие нарушений кинестетической основы речевого акта, выступает как проявление афферентной моторной афазии;
- **кинестетическая (эфферентная) моторная алексия** возникает при поражении нижних отделов премоторной области коры левого полушария (у правой), вследствие нарушения кинестетической организации речевого акта, выступает как проявление эфферентной моторной афазии;
- **динамическая алексия** возникает при поражении коры лобных долей мозга, когда нарушаются регулирующие механизмы, смазывается избирательность всех психических процессов; проявляется в нарушениях целенаправленного характера чтения, отключении внимания, его патологической инертности.

**Аллергия** – повышенная или извращенная чувствительность организма к какому-либо веществу (аллергену). Реакция на аллерген может протекать в виде повышенной чувствительности замедленного типа (по прошествии какого-то времени) или немедленного типа (сразу после контакта с аллергеном). Аллергия лежит в основе так называемых аллергических болезней (бронхиальная астма и др.).

**Альбинизм** – врожденная аномалия органа зрения, характеризующаяся отсутствием пигмента в глазах (в сосудистой и радужной оболочках, а также ресницах, волосах бровей).

**Альтруизм** – система ценностных ориентаций личности, при которой центральный мотив и критерий нравственной оценки – это

интересы другого человека или социальной общности; противоположное понятие – эгоизм. Центральная идея альтруизма – идея бескорыстия как не прагматически ориентированной деятельности, выполняемой в интересах других людей и не предполагающей реального вознаграждения. Абсолютизация альтруизма столь же ошибочна, как и его недооценка. Реальная значимость альтруистического поведения личности определяется характером ценностей, лежащих в основе взаимоотношений с другими людьми. Альтруизм интерпретируется в очень широком теоретическом диапазоне, он может выступать как социально-психологическое проявление гуманности, а также в повседневном общении и деятельности людей. Механизмом проявления альтруизма может оказаться ситуативная альтруистическая установка, актуализуемая в конкретных опасных ситуациях (например, спасение ребенка ценой собственной жизни). В концепции З. Фрейда проявления альтруизма рассматриваются как невротическая потребность субъекта в ослаблении чувства вины, или же – как компенсация им первобытного эгоизма, подвергнутого вытеснению. В гуманистической психологии альтруизм рассматривается как мотивационный аспект для самоактуализации личности.

**Альтернативная медицина** – см. **Комплементарная медицина**.

**Альфа-активность** – см. **Альфа-ритм**.

**Альфа-ритм (альфа-активность)** – вид электрической активности преимущественно в затылочной области коры головного мозга человека в состоянии относительного покоя. Имеет частоту 8 – 13 Гц и среднюю амплитуду 30 – 70 мкВ – с периодическим усилением и ослаблением (модуляция альфа-ритма), вызывается таламокортикальными и интракортикальными процессами. Анализ характеристик альфа-ритма важен при изучении когнитивных процессов, возрастной динамики и индивидуальных особенностей личности.

**Альфа-тренинг** – психотерапевтический прием, основанный на биологической обратной связи. Заключается в обучении регулированию психофизиологических процессов, которые прежде считались недоступными сознательному контролю. Первоначально обратная связь обеспечивалась за счет регистрации в области затылка альфа-волн мозговой активности, свидетельствующих о степени бодрствования и расслабления, и преобразования их в слышимые и видимые сигналы. При этом перед клиентом ставилась задача добиться уменьшения частоты сигналов, используя для этого

различные средства: расслабление мышц, гармонизацию дыхания, отслеживание трудноуловимых соматических ощущений.

Сопоставление внутренних ощущений с внешними сигналами, служащими средством их осознания, приводит к их дифференциации и, соответственно, к овладению ими уже в обычных условиях жизнедеятельности. В настоящее время этот прием широко распространен в терапевтических программах по устранению мигрени, восстановлению сердечной деятельности, избавлению от страхов и навязчивостей, алкогольной и наркотической зависимостей. Кроме того, альфа-тренинг применяется как элемент медитативных техник, в которых ставится цель достижения глубокого расслабления и вхождения в особое состояние, связанное с замедлением частоты электрической деятельности мозга.

С помощью биологической обратной связи (см. **Биологическая обратная связь, Метод биологической обратной связи**) возможно управление сигналами не только от головного мозга, но и от других органов: сердечно-сосудистой системы, мышц, органов дыхания и т. д., что лежит в основе логопедической коррекции и двигательной реабилитации.

**Амбивалентность** – двойственность, двусмысленность, двузначность, противоречивость, совместное присутствие двух противоречащих друг другу тенденций, переживаний, стремлений, представлений касательно одного объекта, например, симпатии и антипатии. Термин был введен Ю. Блейлером, чтобы отразить сосуществование противоречивых импульсов и эмоций, направленных на один и тот же объект. Амбивалентность следует отличать от смешанных чувств по отношению к кому-либо. Она связана с глубинной эмоциональной установкой, где противоречивые отношения имеют общий источник и являются взаимосвязанными, тогда как смешанные чувства могут базироваться на реалистической оценке несовершенной природы объекта. Различают амбивалентность воли (амбитенденция); амбивалентность мысли и чувств (одновременная любовь и ненависть по отношению к одной и той же личности) и амбивалентность намерений (вожделение и отвращение).

**Амбивалентность поведения** – индивидуальный и возрастной вариант противоречивого поведения ребенка как выраженности амбивалентности чувств. Возникает в раннем возрасте и проявляется в процессе коммуникативной деятельности. Амбивалентность поведения проявляется в локомоциях, эмоциональном состоянии, практических и аффективных связях детей с окружающими людьми, а также в характере реакций детей на воздействия взрослых.



**Амблиопия** (греч. amblyōs – слабый и ops, opos – глаз) – понижение зрения без видимых причин, выражающееся в снижении остроты центрального зрения. Амблиопия может возникать в результате врожденного недоразвития зрительной системы, различных внутриутробных патологических процессов. Во многих случаях амблиопия возникает от бездействия функций зрения, например при косоглазии.

**Амнезия** – см. **Нарушение сознания.**

**Аимия** – отсутствие или торможение мимики, выразительности лицевой мускулатуры, возникает при заболеваниях нервной системы и некоторых психических заболеваниях. Различают аимию, возникающую при поражении экстрапирамидной системы и связанную с нарушениями моторных компонентов эмоциональных реакций (входит в синдром общей акинезии) и аимию, возникающую при поражении лобных долей мозга, связанную с нарушениями эмоциональной сферы (входит в лобный синдром).

**Амнезия** (греч. amnēsia – забывчивость, потеря памяти) – нарушения памяти, вызванные частичной утратой способности сохранять в памяти вновь поступающую информацию. Охватывает периоды от нескольких минут до нескольких лет, возникает при различных локальных поражениях головного мозга. Самые грубые формы амнезии, впервые описанные С. С. Корсаковым, получили название Корсаковского синдрома. Выделяют ретроградную и антеретроградную амнезии, а также формы, соответствующие функциональным нарушениям памяти:

- **ретроградная амнезия** проявляется в виде нарушения памяти на события, предшествующие заболеванию или травме; забываются события, происходящие в течение нескольких часов, дней, а иногда и лет, до заболевания;
- **антеретроградная амнезия** – нарушение памяти на события, происходящие после начала заболевания или после момента травмы, при этом мозг утрачивает способность передавать информацию из памяти краткосрочной в долговременную; может охватывать различные по длительности периоды;
- **постгипнотическая амнезия** – нарушение памяти, проявляющееся как забывание событий, происходящих в ходе гипнотического сеанса;
- **истерическая амнезия** – своеобразная форма амнезии у людей, страдающих невротическими расстройствами, источник ее – в инфантильной амнезии;

- **инфантильная амнезия** – своеобразная форма амнезии; у большинства людей охватывает первые годы детства до шестого-восьмого годов жизни;
- **защитная амнезия** – нарушение памяти, проявляющееся в виде забывания (вытеснения) неприятного, травмирующего прошлого опыта.

**Амнезия социальная** – отсутствие норм, ликвидация или сокращение социальных или личностных ценностей, норм и кодекса поведения. Амнезия часто происходит в быстро меняющихся обществах или группах, подверженных катастрофическим стрессам. В подобных обстоятельствах люди становятся отчужденными, апатичными, лишены целей, которые ставились ранее.

**Амнестический синдром** – см. **Корсаковский синдром**.

**Аморфагнозия** – см. **Агнозия тактильная**.

**Ампутация** (лат. amputatio – отсечение) – операция удаления периферической части органа, чаще отсечение конечности происходит вследствие злокачественной опухоли, гангрены, прогрессирующего местного гнойно-воспалительного процесса, не подлежащего консервативному лечению, а также вследствие сахарного диабета. Чаще всего ампутацией называют отсечение дистального отдела конечности, которое производят путем пересечения мягких тканей, кости или сустава, то есть экзартикуляция (вычленение). Усечение дистальной части культи, укорачивание ее определяется как реампутация. Правильная техника ампутации и рациональное ведение больных в послеоперационном периоде способствуют формированию культи, максимально пригодной для протезирования (см. **Культя конечности, Протезирование**).

**Адаптация** – безвозвратная потеря способности к адаптации, ведущая к стойкому нарушению дееспособности.

**Анализ** – реальная или мысленная операция расчленения целого объекта или явления на части и элементы или выделения в нем основных свойств. Анализ тесно связан с синтезом – операцией соединения частей, элементов, признаков объекта и изучения их связей.

**Анализатор** – сложная анатомо-физиологическая система, обеспечивающая восприятие, анализ и синтез раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды организма. Понятие анализатора введено И. П. Павловым в 1909 г. Функционирование анализатора в норме обеспечивает целесообразную реакцию организма на изменение условий, что способствует его приспособлению к окружающему миру и поддержанию равновесия

внутренней среды. Анализатор – часть рефлекторного аппарата, в который входят также: исполнительный механизм – совокупность командных нейронов, мотонейронов и двигательных единиц; и специальные нейроны – модуляторы, меняющие степень возбуждения других нейронов.

Нервный аппарат, выполняющий функцию анализа и синтеза раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды организма, состоит из трех частей:

- периферический отдел – воспринимающий орган или рецептор, преобразующий определенный вид энергии раздражения в процесс нервного возбуждения;
- проводящие пути: афферентные (восходящие волокна) – по которым импульсы возбуждения, возникшего в рецепторе, передаются к вышележащим центрам нервной системы, и эфферентные (нисходящие волокна) – по которым импульсы из вышележащих центров, особенно из коры больших полушарий головного мозга, передаются нижним уровням анализатора, в том числе рецепторам, и регулируют их активность;
- центральный отдел, состоящий из релейных подкорковых ядер и проекционных отделов коры больших полушарий головного мозга.

В зависимости от вида чувствительности различают зрительный, слуховой, обонятельный, вкусовой, кожные (тактильной, мышечно-суставной, температурной, вибрационной чувствительности), вестибулярный, а также анализаторы внутренних органов. Каждый анализатор выделяет определенный вид раздражителей. В ходе филогенеза под влиянием среды анализаторы специализировались и совершенствовались путем непрерывного усложнения центральных и рецепторных систем. Появление и дифференцирование коры больших полушарий головного мозга обеспечило развитие высшего анализа и синтеза. Благодаря специализации рецепторов реализуется первый этап анализа сенсорных воздействий, когда из массы раздражителей данный анализатор выделяет лишь стимулы определенного вида. В свете данных о нейронных механизмах анализаторы можно определить как иерархическую совокупность рецепторов и связанных с ними детекторов: детекторы сложных свойств строятся из детекторов более простого уровня.

**Анализ-синтез** – познавательный процесс, имеющий чувственно-наглядную (выделение сенсорных признаков) и мыслительную, абстрактно-логическую (на уровне оперирования понятиями) формы.

**Анальгезия** – снижение или полное устранение болевой чувствительности, достигается с помощью лекарств-анальгетиков или путем концентрации внимания на объектах, не связанных с источником болевого воздействия (музыка, белый шум и пр.), а также с помощью внушения, самовнушения или гипноза. Может достигаться применением массажа, общего или точечного, и воздействием тепла или холода на определенные точки тела.

**Анамнез** (греч. *anamnēsis* – воспоминание) – совокупность сведений об индивиде (больном, инвалиде), развитии заболевания, получаемых при опросе самого индивида и знающих его лиц и используемых для установления диагноза и прогноза болезни, а также выбора методов ее лечения и профилактики. Состоит из двух частей: анамнеза болезни и анамнеза жизни. Первый содержит в себе сведения о возникновении и течении болезни, особенностях ее проявления на разных этапах, возникновении осложнений, наличие периодов обострения и ремиссии, сведения о характере медицинской помощи, ее объеме и эффективности, о влиянии болезни на трудоспособность и многое другое. Анамнез жизни характеризует физическое, психическое и социальное развитие и состояние обследуемого, содержит общие биографические данные. Анамнез у детей имеет некоторые особенности, в частности, отражает сведения, имеющие отношение пренатальному (до рождения) периоду развития: как протекала беременность, чем болела мать во время беременности, характер ее труда, питания, материально-бытовые условия и т. д., собираются сведения о периоде новорожденности, характере протекания родов, данные вскармливания и другие сведения.

**Ананказм** – см. **Обсессия**.

**Анартрия** – клиническое нарушение, заключающееся в тяжелом расстройстве речи в виде невозможности произношения из-за нарушения артикуляции; возникает вследствие поражения отделов мозга, регулирующих функцию мышц, участвующих в произношении.

**Анестезия психическая** – утрата эмоциональных реакций на происходящее вокруг, сопровождающаяся переживанием душевной опустошенности, утраты возможности чувствовать.

**Анимационная терапия** – реабилитационная технология социальной реабилитации с целью изменения поведения, межличностных и коллективных отношений, в связи с чем предметом

анимации являются отношения между индивидуумами и социальными группами. Феномен анимации включает в себе и метод приспособления, и социальную терапию, и идеологию освобождения через участие в социальном творчестве. В процессе анимационной терапии происходит, с одной стороны, разблокировка общественных связей, установление теплых, доверительных отношений, с другой – обучение и овладение навыками позитивного мышления, эстетики и поэтики.

Среди форм организации анимационной терапии следует выделить клубы общения, деятельность которых может содержать элементы групповой психотерапии, психологические тренинги, релаксационные программы, пантомимические сцены, драматическое исполнительство, изобразительное искусство, самодеятельное музыкальное исполнительство, конструктивный спор, разыгрывание ролевых ситуаций, изложение биографий, обсуждение анонимной истории жизни, описание содержания сновидений, ассоциаций, фантазий и др.

Такие виды деятельности позволяют членам анимационной группы выступать одновременно в роли активного участника и наблюдателя.

**Анкета** – представляет собой набор вопросов (утверждений), каждый из которых логически связан с центральной задачей исследования, должна обеспечить получение достоверной и значимой информации.

**Анкетирование** – см. **Анкетный опрос**.

**Анкетный опрос (анкетирование)** – метод социально-психологического исследования с помощью анкет, разновидность обширной группы опросных методов, в число которых входят свободные (клинические) формализованные, групповые, индивидуальные интервью (беседы) и многочисленные заочные опросники.

**Анкилоз** (греч. ankylos – кривой, изогнутый) – отсутствие подвижности в суставе в результате сращения суставных концов сочленяющихся костей; может возникнуть вследствие повреждения суставов, длительной иммобилизации конечностей, а также инфекционного, деструктивного или иного дистрофического процесса в них. Выделяют костные (истинные) и фиброзные (ложные) анкилозы, последние могут сопровождаться болевыми ощущениями, усиливающимися при нагрузке.

**Анкилозирующий спондилоартрит** – см. **Болезнь Бехтерева**.

**Аномалии развития** – см. **Пороки развития**.

**Аномалии рефракции** – отклонения в развитии преломляющей способности глаза. В зависимости от состояния преломляющей системы глаза, положения главного фокуса по отношению к сетчатке различают разные формы аномалии рефракции: миопическую (близорукость) и гиперметропическую (дальнозоркость).

**Аномальные дети** – 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. В дефектологии подробно изучена специфика сенсорных, речевых, интеллектуальных и двигательных нарушений, свойственных аномальным детям. Дети, чье физическое и психическое развитие не нарушено, несмотря на наличие некоторого дефекта (например, потери зрения на один глаз), не относятся к категории аномальных.

**Аномия** – отсутствие норм, ликвидация или сокращение социальных и личностных ценностей, кодекса поведения; часто происходит в быстро меняющихся обществах и группах, подверженных катастрофическим стрессам; люди становятся отчужденными, апатичными, лишенными целей, которые ставили ранее.

**Арекция** – упорный, обусловленный психическим заболеванием, отказ от пищи, сопровождающийся исхуданием и другими симптомами голодания.

**Анофтальм** – отсутствие глаз – редкая врожденная аномалия развития органа зрения. Глазница, веки и глазная щель уменьшены в размерах. Анофтальм наблюдается при недоразвитии переднего мозга или нарушении нормального развития зрительного пузыря на ранней эмбриональной стадии и характеризуется отсутствием глазного яблока, сопровождаясь, как правило, аномалиями развития зрительного нерва и зрительных центров.

**Аntenатальная патология** (лат. ante – перед, до и natalis – относящийся к рождению) – патология зародыша и плода, возникающая в антенатальный период – от момента оплодотворения яйцеклетки до начала родов; среди причин эндогенные – изменение наследственных структур половых клеток, спонтанные и индуцированные мутации в оплодотворенной яйцеклетке; эндокринные заболевания беременной, немолодой возраст родителей (старше 35-40 лет), иммунологическая несовместимость матери и плода – и экзогенные факторы – физическое, химическое и биологическое вредное воздействие непосредственно на ткани

развивающегося организма; приводят к формированию пороков развития зародыша и плода без изменения его наследственных структур, хотя нередко имитируют наследственные формы патологии, такие патологические изменения называют фенкопиями.

**Антидепрессанты** (греч. anti – против и depressus – придавленный, угнетенный) – лекарственные препараты психотропного действия, которые улучшают настроение, снимают тревогу и напряжение, повышают психическую активность, благоприятно влияют на эмоциональную сферу больных, страдающих депрессиями; терапевтический эффект наступает относительно медленно – через 5-14 дней от начала применения.

**Антиобщественное поведение** – различают аморальное (нарушение норм морали и правил человеческого общения), противоправное (неуголовно наказуемое правонарушение) и преступное (нарушение уголовно-правовых норм) поведение.

**Антисептика** (греч. anti – против и septikos – гнилостный, вызывающий гниение) – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленный на уничтожение микробов в ране, патологическом очаге или организме в целом; понятие тесно связано с асептикой.

**Антисоциальность** – отрицательное отношение к социальным нормам, стремление противодействовать им.

**Антропометрия** (греч. antropos – человек и metreo – мерить, измерять) – совокупность методов и приемов оценки морфологических особенностей человеческого тела, при этом измеряют не только длину тела (рост), окружность грудной клетки, размеры конечностей, отдельных частей туловища, но и функциональные показатели (определение мышечной силы, жизненной емкости легких и др.).

**Анхилогнозия** – см. **Агнозия тактильная**.

**Апатия** – снижение уровня физической и всех видов психической активности с безразличием к окружающему и утратой инициативы. Проявляется вялостью, бездеятельностью, эмоциональной индифферентностью, упрощением чувств, равнодушием к окружающим событиям и ослаблением побуждений и инстинктов. Бывает кратковременной или долговременной. Формируется в результате продолжительного соматического заболевания, расстройства психики, иногда возникает при некоторых органических поражениях мозга головного. Может наблюдаться при слабоумии, бывает следствием продолжительного соматического заболевания. У детей раннего возраста затяжные состояния апатии

сопровождаются запаздыванием моторного, речевого развития, навыков опрятности.

**Апитерапия** (лат. *apis* – пчела и греч. *therapeia* – лечение) – использование продуктов пчеловодства в лечебных и профилактических целях; проводится по рекомендации врача. Продукты пчеловодства (пчелиный яд, прополис, мед, маточное молоко, пыльца, перга, пчелиный воск) применяются в натуральном виде или в смесях, а также в виде лекарственных препаратов, которые выпускаются в различных формах (таблетки, мази, растворы для инъекций, экстракты, настойки, свечи).

**Аплазия** (греч. отрицательная приставка *a-* и *plasis* – формирование, образование) – см. **Пороки развития**.

**Аппарат двигательный** – физиологическая система, за счет работы которой строятся и выполняются движения. Состоит из скелета, мышц, сухожилий, нервных центров и проводящих путей – афферентных и эфферентных.

**Апперцепция** – свойство восприятия, существующее на уровне сознания и характеризующее личностный уровень восприятия; влияние прошлого опыта и установок индивида на восприятие предметов окружающего мира. Термин предложен немецким философом Г. Лейбницем, он определил перцепцию – как смутную презентацию некоего содержания и апперцепцию – как ясное, отчетливое и осознанное видение душой этого содержания, как состояние особой ясности сознания, его сосредоточенности на чем-то. Апперцепция понимается как процесс, посредством которого новый опыт ассимилируется и трансформируется под воздействием следов прошлых восприятий. Такое понимание учитывает природу стимульных воздействий и описывает собственно когнитивные процессы. Апперцепция трактуется как результат жизненного опыта индивида, обеспечивающего осмысленное восприятие воспринимаемого объекта и выдвижение гипотез о его особенностях. Различаются:

- апперцепция устойчивая – зависимость восприятия от устойчивых особенностей личности: мировоззрения, убеждений, образованности и пр.;
- апперцепция временная – в ней сказываются ситуативно возникающие психические состояния: эмоции, экспектации, установки и пр.

**Апраксия** (греческая отрицательная приставка *a-* и *praxis* – действие) – нарушение способности выполнять целенаправленные движения и сложные предметные действия при нормальном



функционировании интеллекта, двигательной и сенсорной систем. Не являясь следствием элементарных расстройств движений (парезов, параличей и пр.), возникает при поражениях определенных участков коры головного мозга и относится к расстройствам высшего уровня организации двигательных актов. Форма апраксии зависит от локализации поражения. Выделяют следующие основные формы:

- **кинестетическая апраксия (апраксия позы)** – распад нужного набора движений (особенно при отсутствии зрительной опоры) ввиду прерывания кинестетических импульсов, связанных с ощущением положения и движения своего тела;
- **пространственная (зрительно-пространственная, конструктивная) апраксия** – нарушение зрительно-пространственной ориентации двигательного акта: максимальное затруднение движений, выполняемых в различных пространственных плоскостях и решения различных конструктивных задач;
- **кинестическая (динамическая) апраксия** – распад сложных двигательных навыков в результате затруднения в выполнении серии последовательных двигательных актов, лежащих в их основе; появление двигательных персевераций;
- **идеаторная апраксия** – утрата плана или замысла сложных действий, больные не могут выполнить ряд словесных заданий, но способны повторять, подражать действиям исследуемого;
- **моторная апраксия (апраксия выполнения Дежерина)** отличается нарушением не только спонтанных движений и действий по заданию, но и по подражанию, нужные движения заменяются моторными шаблонами и стереотипами; часто односторонняя;
- **апраксия регуляторная «лобная» (префронтальная)** – нарушение подчинения движений заданной программе, расстройство речевой регуляции произвольных движений и действий, появление сложных системных персевераций, эхоталий, эхопраксий;
- **апрактоагнозия** – сочетание зрительных пространственных нарушений и двигательных расстройств в пространственной сфере;
- **оральная апраксия** – нарушение кинестетической основы речевого аппарата, невозможность найти

позиции речевого аппарата, нужных для произнесения звуков, часто сочетается с афферентной моторной афазией или моторной алалией.

**Арефлексия** (греч. отрицательная приставка а- и – рефлекс) – отсутствие одного или нескольких рефлексов, ответа на то или иное раздражение вследствие нарушения целостности рефлекторной дуги или тормозящего влияния вышестоящих отделов нервной системы. Развивается при поражении различных структур нервной системы вследствие повреждения или угнетения активности нервных клеток и их отростков, входящих в рефлекторную дугу данного рефлекса; появляется также при выраженной атрофии скелетных мышц.

**Аритмия** – нарушение частоты или последовательности сердечных сокращений: учащение (тахикардия) или замедление (брадикардия), преждевременные сокращения (экстрасистолия), дезорганизация ритмической деятельности (мерцательная аритмия) и т. д. Аритмия может быть следствием заболеваний мышцы сердца, неврозов, алкогольной и наркотической интоксикации и т. д.

**Артикулема** – единица речи; моторная схема произнесения того или иного звука.

**Артикуляция** – форма двигательного навыка, координация действия речевых органов при произнесении звуков речи. При произнесении определенного звука реализуется слуховой и кинестезический (речедвигательный) контроль, который осуществляется речевыми зонами и подкорковыми образованиями головного мозга. Недоразвитие фонематического слуха (например, у слабослышащих) существенно затрудняет овладение правильной артикуляцией.

**Артроз (остеоартроз, деформирующий остеоартроз)**, (греч. arthron – сустав) – заболевание суставов, в основе которого лежат дистрофические изменения суставного хряща. Различают первичный (причины дистрофических изменений суставного хряща неясны) и вторичный артроз (возникает вследствие перегрузок суставного хряща, его повреждения, хронического воспаления в связи с метаболическими нарушениями).

**Артпедагогика (художественная педагогика)** – синтез искусства и педагогики, обеспечивающий разработку теории и практики педагогического коррекционно-направленного процесса художественного развития детей с недостатками развития, а также вопросы формирования основ художественной культуры через искусство и художественно-творческую деятельность (музыкальную, изобразительную, художественно-речевую, театрализованно-

игровую).

**Артрогрипоз** (греч. arthron – сустав и gryposis – искривление) – врожденное заболевание опорно-двигательного аппарата, проявляющееся в виде множественных контрактур суставов верхних и нижних конечностей вследствие недоразвития мышц; движения в пораженных суставах ограничены или отсутствуют; одновременно могут наблюдаться подвывихи и вывихи. Лечение таких деформаций – длительный многоэтапный процесс, включающий консервативные и хирургические методы. Начинают как можно раньше, при этом проводят поэтапные корригирующие насильственные исправления деформаций с фиксацией гипсовыми повязками, вытяжение, массаж, лечебную физкультуру; в тяжелых случаях показано оперативное вмешательство.

**Артродез** – искусственное (хирургическое) замыкание суставов.

**Арттерапия** – один из методов социальной реабилитации, где в качестве терапевтических средств используются различные формы искусства (музыка, театр, танец, изобразительное творчество и др.).

**Арттерапия в реабилитации** – реабилитационная технология, основанная на применении средств искусства и используемая психологами, дефектологами, аниматологами, педагогами, специалистами по социальной работе в целях реабилитации людей с ограниченными возможностями. Включает в себя различные направления: изотерапию, глинтотерапию, анимационную терапию.

**Асептика** (греч. отрицательная приставка а- и septikos – гнилостный, вызывающий гниение) – система профилактических мероприятий, направленных против возможности попадания микроорганизмов в рану, ткани, органы, полости тела больного при хирургическом вмешательстве, перевязках, эндоскопических и других лечебных или диагностических манипуляциях. Выделяют экзогенные и эндогенные источники инфекции. Основными источниками экзогенной инфекции являются больные с гнойно-воспалительными заболеваниями и бактерионосители.

**Асимметрия межполушарная** – характеристика распределения психических функций между левым и правым полушарием головного мозга: при выполнении одних психических функций ведущим является левое полушарие, других – правое. Установлено, что функция левого полушария – оперирование вербально-знаковой информацией в ее экспрессивной форме, а также чтение и счет; тогда как функция правого полушария – оперирование образами, ориентация в пространстве, различение музыкальных тонов, мелодий

и невербальных звуков, распознавание сложных объектов (в частности, лиц), продуцирование сновидений.

Основное различие между полушариями определяется не столько особенностями используемого материала (вербального или образного), способами его организации и характером переработки информации – типом мышления. Оба полушария способны к восприятию слов и образов и к их переработке (хотя возможности правого полушария в отношении экспрессивной речи минимальны), но эти процессы протекают в них по-разному.

Левополушарное мышление является дискретным и аналитическим; с его помощью выполняется ряд последовательных операций, обеспечивающих логически непротиворечивый анализ предметов и явлений по определенному числу признаков. Благодаря этому формируется внутренне непротиворечивая модель мира, которую можно закрепить и однозначно выразить в словах или других условных знаках, что является обязательным условием социального общения.

Правополушарное мышление – пространственно-образное, является симультанным (одновременным) и синтетическим; создает возможность одномоментного «схватывания» многочисленных свойств объекта в их взаимосвязи друг с другом и во взаимодействии со свойствами других объектов, что обеспечивает целостность восприятия. Благодаря такому взаимодействию образов сразу в нескольких смысловых плоскостях, они обретают свойство многозначности. Эта многозначность, с одной стороны, лежит в основе творчества, а с другой – затрудняет выражение связей между предметами и явлениями в логически упорядоченной форме и даже может препятствовать их осознанию.

В ходе индивидуального развития выраженность межполушарной асимметрии меняется, при этом полушария в известной мере взаимозаменяемы. Оба полушария функционируют во взаимосвязи, внося свою специфику в работу мозга в целом. Межполушарная асимметрия свойственна лишь человеку; ее предпосылки передаются генетически, но сама она, как и тесно связанная с ней речь, окончательно формируется лишь в социальном общении. В зависимости от конкретных условий может сложиться относительное доминирование левополушарного или правополушарного мышления, что во многом определяет психологические особенности личности.

**Асинергия** (греч. отрицательная приставка а- и synergia – взаимодействие) – деятельность мышц, проявляющаяся расстройством

движения, требующая одновременного сокращения или совместной деятельности нескольких мышечных групп; наблюдается при поражении мозжечка.

**Асинхрония** – неравномерность темпа развития систем, органов, их функций с опережением одних и отставанием других. Нейроонтогенез характеризуется асинхронией, нестабильностью показателей психоречевого и статико-моторного развития, особенно в критические периоды формирования психики. Поскольку в повседневной жизни стимуляция различных функций в процессе воспитания ребенка и ухода за ним может быть направленной (например, стимуляция двигательного развития, развитие речи), то и становление функций при доброкачественной неспецифической задержке их развития часто отличается диспропорциональностью – более тренированные функции закрепляются быстрее.

Развитие различных функций может быть и изначально диспропорциональным. Например, психическое развитие может отставать, тогда как развитие двигательных навыков в целом соответствует средним возрастным нормам и наоборот. Такие задержки психического развития принято называть парциальными в отличие от так называемых тотальных. Обычно при парциальной задержке развития созревание опаздывает на 1-2 мес.

**Асоциальное поведение** – одна из форм делинквентного (см. **Делинквентное поведение**) поведения. Это поведение, уклоняющееся от выполнения морально-нравственных норм, непосредственно угрожающее благополучию межличностных отношений. К асоциальному поведению относятся:

- **отклонения корыстной направленности** – правонарушения и поступки, связанные со стремлением незаконным путем получить материальную (денежную или имущественную) выгоду путем хищения, взятки, кражи, мошенничества и пр.;
- **отклонения агрессивной ориентации** проявляются в действиях, направленных против личности (оскорбления, хулиганство, побои, изнасилование, убийство); поведенческие аномалии сопровождаются аффектом злости, ожесточением, бескомпромиссными суждениями; как правило, свойственно такое поведение легко внушаемым личностям, легко попадающим под влияние лидеров, с другой стороны, они сами являются мощными индукторами агрессии в толпе;

- **отклонения социально-пассивного типа** выражаются в стремлении к отказу от активной жизнедеятельности, уклонении от своих гражданских обязанностей, нежелании решать как личностные так и социальные проблемы; как правило, это уклонения от работы, учебы, бродяжничество, употребление алкоголя; лица с подобным типом поведения пассивны, постоянно испытывают чувства неудовлетворенности собой и недовольство окружающим, не принимая, при этом, ничего к изменению ситуации.

**Асоциальность** – безразличие к социальным нормам или их непонимание.

**Ассертивность** – термин, означающий уверенность, настойчивость, напористость, способность утверждать себя. Неассертивные люди испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкой самооценки, они не в состоянии выражать свои чувства и отстаивать свои законные права (см. **Тренинг ассертивности**).

**Ассимиляция** – механизм, обеспечивающий использование в новых условиях ранее приобретенных умений и навыков без их существенного изменения; усвоение материала за счет его включения в уже существующие схемы поведения. Посредством ассимиляции новый предмет или ситуация объединяется с совокупностью предметов или другой ситуацией, для которой уже существует схема действий.

**Ассоциативная кора** – третичные, наиболее поздно формирующиеся и сложно дифференцированные отделы коры, области перекрытия ядерных зон анализаторов; характеризуется наиболее сложными ассоциативными внутрикорковыми и корково-подкорковыми связями, что обеспечивает межмодальную интеграцию и анализ сигналов и действий. Задняя ассоциативная кора (теменные, височно-теменно-затылочные области) связана с наиболее обобщенными, высоко-интегрированными формами восприятия действительности на основе интеграции деятельности зрительного, слухового и кожно-кинестетического анализаторов. Передняя ассоциативная кора (переднелобные области) обеспечивает реализацию наиболее высокодифференцированных форм целенаправленной деятельности.

**Ассоциированные нарушения** – значительные поведенческие расстройства, возникающие в результате двигательных дисфункций, чаще встречаются среди больных с синдромом де ля Туретта. К

ассоциированным нарушениям относятся обсессивно-компульсивное расстройство, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, недостаточность когнитивных процессов. См. **Обсессивно-компульсивное расстройство, Синдром гиперактивности с дефицитом внимания, Нарушение когнитивных процессов.**

**Астазия** – нарушение способности стоять, вызванное расстройством координации мышц тела при обширном поражении лобных долей и мозолистого тела головного мозга.

**Астенический синдром** – нервно-психическая слабость разного происхождения, состояние повышенной утомляемости, раздражительности, эмоциональной лабильности, обусловленное истощаемостью центральной нервной системы; характеризуется быстрой утомляемостью, неспособностью к длительному напряжению. При этом отмечается снижение всех форм психической активности, функций вегетативной нервной системы. Характерны головные боли, колебания артериального давления, тахикардия и расстройства сна (трудность засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, сонливость в дневное время). Наблюдается изменчивость настроения, неустойчивость эмоционально-волевой сферы, вспыльчивость, раздражительность, плаксивость, агрессивность, снижение памяти, повышенная утомляемость, непродуктивность интеллектуальной деятельности, двигательная расторможенность.

По этиологическому принципу все астенические синдромы можно разделить на экзогенно-соматические и психогенно-реактивные. Как правило, при астеническом синдроме выделяют три группы нарушений: собственно проявления астенического синдрома; расстройства, обусловленные лежащим в основе астенического синдрома заболеванием; расстройства, связанные с расстройством личности на болезнь. Астенический синдром, возникший на фоне основного заболевания, продолжается 1-2 мес., при хронических соматических заболеваниях и при прогрессивных болезнях нервной системы – астенический синдром становится постоянным. При утяжелении общего состояния усиливаются вялость, общая безучастность.

**Астеническое развитие личности** – может быть первичным или развиться в результате заболеваний (вторичное астеническое развитие). К астенической группе характеров относятся две разновидности: астеники и психастеники. Их общие свойства – повышенная чувствительность и быстрая истощаемость. Они возбудимы и истощаемы в нервно-психическом смысле. Астеники

испытывают определенные трудности в социальной жизни. Их слабость и истощаемость приводят к малой эффективности и успешности деятельности, что на фоне повышенной чувствительности тяжело ими переживается. От частых неудач развивается низкая самооценка, чувство неполноценности, робость, застенчивость, депрессия и в то же время – болезненное самолюбие. Их притязания обычно превышают их возможности, они тщеславны, самолюбивы, но не в состоянии достичь своего, в результате процесс только усиливается, появляется напряженность, неуверенность, мнительность, подозрительность, иногда компенсаторно развивается развязное и заносчивое поведение. Обиды и унижения постепенно накапливаются и, требуя выхода, временами прорываются в виде гневных вспышек и приступов раздражения, которые заканчиваются слезами и раскаянием.

**Астения** – 1. Нервно-психическая слабость, проявляется в повышенной утомляемости и истощаемости, снижении порога восприятия, крайней неустойчивостью настроения, раздражительной слабости, слезливости, нарушении сна, неспособностью к длительному умственному и физическому напряжению. Возникает в результате различных заболеваний, при чрезмерных умственных и физических нагрузках, длительных отрицательных переживаниях и конфликтах, а также может быть обусловлена функциональной или органической неспособностью головного мозга (церебрастения).

2. Определяющее свойство характера. К астенической группе характеров относятся две разновидности: астеники и психастеники (см. **Астеническое развитие личности, Психастения**).

**Астеновегетативный синдром** – состояние, характеризующееся раздражительностью, слабостью, повышенной утомляемостью, неустойчивым настроением, расстройством сна, зябкостью, потливостью, учащением пульса. Астеновегетативный синдром может быть начальным проявлением всех психических болезней, а также наблюдается при неврозах и психопатиях.

**Астенопия** – ослабление зрения, обусловленное его утомлением. При этом появляются неприятные ощущения в области глаз и лба.

**Астереогнозия** – неузнавание предметов на ощупь при достаточной сохранности всех видов чувствительности вследствие нарушения синтеза и анализа чувствительных отношений; пациент правильно узнает предмет зрительно, но не может узнать его при ощупывании с закрытыми глазами. При ощупывании мелких предметов (например, ключа, карандаша) больной правильно



описывает этот предмет, в некоторых случаях правильно описываются и отдельные признаки предмета (форма, характер поверхности), но интеграция тактильных ощущений невозможна, образ предмета не воссоздается.

**Астигматизм** (греч. отрицательная приставка а- и atigmatos – точка) – аномалия преломляющей способности глаза, при которой в одном глазу наблюдается сочетание либо различных видов рефракции, либо разных степеней одного ее вида, вследствие чего на сетчатке не создается четкого изображения рассматриваемого предмета, что сопровождается искажением зрительного восприятия. Различают неправильный астигматизм, обусловленный обычно рубцовыми изменениями или помутнением роговицы, в результате которых отдельные участки роговицы приобретают разную преломляющую способность, а зрительное изображение на сетчатке глаза – различную степень четкости; и правильный астигматизм, связанный с отклонениями формы глаза.

**Асфиксия новорожденных** – кислородное голодание плода в момент родов. При асфиксии новорожденных происходит нарушение функций центральной нервной системы вследствие недостатка снабжения кислородом головного мозга. Длительная асфиксия (5 – 7 мин) приводит к необратимым изменениям центральной нервной системы, в дальнейшем – к проявлениям умственной отсталости, речевым нарушениям, детскому церебральному параличу.

**Атака мозговая (брейнсторминг)** – методика стимуляции творческой активности и продуктивности. Исходит из предположения, что при обычных приемах обсуждения и решения проблем появлению новаторских идей препятствуют контрольные механизмы сознания, сковывающие поток этих идей под давлением привычных, стереотипных форм принятия решений. Тормозящим образом влияют также боязнь неудачи, страх оказаться смешным и пр. Чтобы снять действие этих факторов, проводится заседание группы, каждый из членов которой высказывает на предложенную тему любые мысли, не контролируя их течение, не оценивая как истинные или ложные, бессмысленные или странные и стремясь при этом побуждать других к подобным свободным ассоциациям идей. После первого тура общая масса высказанных идей анализируется в расчете на то, что среди них окажется хотя бы несколько, содержащих удачные решения. Широко применяется при тренингах личностного роста и социально-психологических тренингах.

**Атаксия** (греч. ataxia – отсутствие порядка) – расстройство координации движений, в связи с чем движения становятся неловкими

и несоразмерными; движения не плавны, неаккуратны и кажутся не связанными между собой, даже судорожными, могут затрагивать любую часть тела; наблюдаются при различных заболеваниях головного мозга. Встречаются:

- **мозжечковая атаксия** наблюдается расстройство целенаправленных движений, ходьбы, когда больной широко расставляет ноги, идет зигзагообразно, испытывает затруднения при стоянии, особенно на одной ноге; при попытке взять какой-либо предмет больной промахивается, протягивая руку слишком далеко или не доводя ее до предмета; письмо часто нарушено, речь расстраивается (скандированная речь), теряет плавность, ударения в речи расставляются больным не по смыслу;
- **сенситивная атаксия** обусловлена расстройством глубокой чувствительности с выпадением афферентных импульсов; под контролем зрения движения обычно улучшаются, при закрытых глазах атаксия увеличивается;
- **вестибулярная атаксия** расстройства координации сочетаются с вестибулярными симптомами – головокружением, горизонтальным нистагмом, отклонением при ходьбе в сторону пораженного лабиринта;
- **корковая атаксия** возникает при поражении верхних отделов лобной доли и нижних отделов затылочной и височной долей, а также корково-мозжечковых путей, соединяющих эти отделы – нарушение координации наблюдается на стороне, противоположной очагу поражения (в отличие от названных выше).

**Атетоз (атетоидный гиперкинез)**, (от греч. *athetos* – неустойчивый) – гиперкинез, характеризующийся медленными тоническими насильственными движениями, одновременно захватывающими мышцы агонисты и антагонисты. Постоянная изменчивость тонического спазма в мышечных группах приводит к характерной вычурности, червеобразности насильственных движений, распространяющихся преимущественно на дистальные отделы конечностей, мышцы лица. Возникает при поражении крупных клеток стриарной системы с дискоординацией бледного шара, субталамического и красного ядер. Может наблюдаться при различных заболеваниях и патологических состояниях головного мозга: наследственных экстрапирамидных заболеваниях, нейроин-

фекциях, детских церебральных параличах, травмах мозга, нарушениях мозгового кровообращения, интоксикациях. Выделяют также двойной атетоз – врожденное заболевание, основное проявление которого – двусторонний атетозный гиперкинез; относится к группе детских церебральных параличей и является следствием повреждения еще не сформировавшегося полностью головного мозга.

**Атетодный гиперкинез** – см. **Атетоз**.

**Атмосфера психологическая** – см. **Климат социально-психологический**.

**Атрофия** (греч. отрицательная приставка а- и trophē – питание) – патологические структурные изменения ткани, дегенерация органической структуры, обусловленные нарушением обмена веществ и приводящие к утрате жизнеспособности тканей и органов. Основные причины атрофии – недостаточное питание, инфекции и интоксикации, нарушения деятельности центральной нервной системы. Атрофия может наступать в результате бездействия органа (например, атрофия нервных тканей проводящих путей анализатора при поражении его периферических отделов). До определенной степени атрофия обратима, преодолевается при устранении вызвавших ее причин. В психологической реабилитации применяется в смысле дегенерации некой психической функции от неупражнения или неблагоприятных, травмирующих воздействий: продолжительного стресса, конфликтов, фрустрации, наркотиков, интоксикации и пр.

**Атрофия зрительного нерва** – заболевание, характеризующееся нарушением связи между сетчаткой глаза и зрительными центрами коры больших полушарий мозга, в результате чего возникает расстройство зрительных функций.

**Аттитюд** – см. **Установка**.

**Аудиология** – учение о слухе. Предмет аудиологии – всестороннее изучение нормальной слуховой функции, ее нарушений, связанных с ними расстройств речи, а также профилактики и методов лечения этих нарушений. Сюда относятся, в частности, восстановительная хирургия уха, слухопротезирование, развитие и использование слухового восприятия при стойких нарушениях слуха.

**Аудиометрия** (лат. audire – слышать и греч. metreo – мерить, измерять) – измерение и оценка различных показателей слуха человека. Наиболее важным показателем является острота слуха – минимальная интенсивность звука, которую способно воспринимать

человеческое ухо; ее принято обозначать термином «порог слышимости».

**Аудиовизуальный ряд (аудиовизуальный художественный ряд)** – экспонирование с помощью различных технических средств обучения (кинопроектор, слайд-проектор, оверхед-проектор, мультимедийная компьютерная приставка и т. д.) визуальной информации в музыкальном сопровождении; содержит в себе широкий воспитательный и развивающий потенциал. Используется в различных педагогических целях: для создания необходимого психологического настроя личности или в группе, для активации эмоций в момент восприятия объекта, для иллюстрации социально-ценностной идеи, в целях социокультурной реабилитации как психотерапевтический прием, для расширения представлений о мире, для формирования соответствующего образа жизни, для инициирования социальной активности и духовных усилий по осмыслению жизни. Подбор аудиовизуального ряда проводится тщательно, так, чтобы в момент восприятия складывался единый образ некоего явления.

**Аура** – особое психическое состояние, кратковременное, неглубокое расстройство сознания, предшествующее эпилептическому припадку. Продолжительность ауры может быть различна, иногда больной успевает произвольно занять наиболее удобное положение с целью предотвращения травм. Может наблюдаться 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.

**Аутизация** – ослабление контактов с окружающими.

**Аутизм** – группа расстройств, характеризующаяся качественными аномалиями в межличностных коммуникациях и социальном поведении, с погружением в мир субъективных переживаний и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности.

В норме термин стал использоваться при описании индивидуальных особенностей, связанных с преимущественной ориентацией личности на свою внутреннюю картину мира и внутренние критерии в оценке событий, что сопровождается утратой способности к интуитивному пониманию окружающих, к проигрыванию их ролей, и неадекватным эмоциональным реагированием на их поведение.

Происхождение аутизма может быть различным. В легкой степени аутизм может встречаться при конституционных особенностях психики (акцентуация характера, психопатия), а также в условиях хронической психической травмы аутистическое развитие личности). В тяжелых случаях необходимы коррекция и лечение, включающие, в частности, налаживание контактов с внешним миром. В настоящее время выделяется несколько видов аутизма:

- **аутизм при шизофрении** (описан Е. Bleuler) характеризуется погружением больного в свой особый внутренний мир с потерей или ослаблением контакта с окружающей действительностью, утратой интереса к реальности и общению с людьми, стремлением к уединению. Иногда возникают аутистические фантазии, которые представляют собой отражение своеобразного мировоззрения и суждения об окружающей жизни и которые больной раскрывает весьма неохотно. Однако эти черты могут быть выражены нерезко. Более того, при так называемом аутизме наизнанку больной может казаться чрезмерно общительным и бестактным, но контакты с окружающими все равно носят формальный и бессодержательный характер;
- **психогенный аутизм (депривационный)** представляет собой реакцию на серьезные эмоциональные фрустрации в раннем детстве или при воспитании ребенка в условиях, лишающих его общения с окружающим миром (дети слепые, глухие, не имеющие возможности передвигаться при ДЦП);
- **синдром Аспергера (аутизм детский)** бывает по преимуществу у мальчиков, представляет собой психопатию с доминирующим интеллектуализмом и недостаточной эмоциональностью;
- **синдром Каннера (ранний детский аутизм)** – аномалия психического и личностного развития; происходит манифестация шизофренического процесса; в этом случае основными признаками выступают отграничение от внешнего мира, нарушение интеллекта и языкового развития, страх перед изменениями; характерно раннее начало (до 30-го месяца жизни) и приобретение наиболее завершенной формы к 3 – 5 годам; причина соматогенного аутизма – повреждения головного мозга в раннем детстве или морфологические заболевания;

- **псевдоаутизм** является результатом тяжелых форм слабоумия или нарушений органов чувств, прежде всего слуха.

**Аутизм детский (синдром Аспергера)** – свойство ребенка или подростка, развитие которого сопровождается резким снижением контактов с окружающими, слабо развитой речью и своеобразной реакцией на изменения в окружении. См. **Аутизм**.

**Аутизм детский ранний (ранний детский аутизм, синдром Каннера)** – клинический синдром, аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира; впервые описан Л. Каннером в 1943 г., основные признаки которого:

- врожденная неспособность ребенка к установлению аффективного контакта посредством взгляда, мимики, жестов, причем не обусловленная никаким интеллектуальным уровнем;
- стереотипность поведения, однообразие интересов и пристрастий;
- необычные реакции на раздражители;
- консервативность, сопротивление любым переменам обстановки
- нарушения речевого развития;
- раннее проявление (до 30-го месяца жизни).

Особенно ярко аутизм проявляется в возрасте 3-5 лет, сопровождается страхами, негативизмом, агрессией. Затем острый период сменяется нарушениями интеллектуального и личностного развития.

**Аутизм социальный** – проявляется в виде стереотипного стиля жизнедеятельности инвалида и соответствующих психологических нарушений и личностных изменений в результате вынужденной социальной изоляции.

**Аутистическое мышление** – одностороннее, оторванное от реальности, захватывающее лишь внутренний мир больного.

**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, в особо тяжелых случаях – в попытках суицида. Характерна для лиц, страдающих

невротическими и депрессивными расстройствами. Основное средство коррекции – психотерапия.

**Аутогенная тренировка** (греч. *autos* – сам и *γενναο* – создавать, производить) – метод психофизической саморегуляции, дает человеку возможность самостоятельно корректировать свое эмоционально-психическое состояние. Теоретической основой аутогенной тренировки являются принципы рефлекторной деятельности организма, заключающиеся в том, что каждый психический акт заканчивается двигательной активностью. Волевое расслабление мышцы (релаксация), овладение навыками произвольного вызывания ощущений тепла, тяжести, покоя, расслабления уменьшает эмоциональную напряженность и приводит к естественному состоянию торможения центральной нервной системы, к нормализации основных психофизиологических процессов.

**Аутопагнозия** – см. **Агнозия тактильная**.

**Афазия** (от греч. *aphasia* – утрата речи) – нарушение речи, проявляющееся в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функции артикуляционного аппарата и слуха; возникает при локальных поражениях речевых отделов коры головного мозга в результате перенесенных заболеваний и травм, опухолей, воспалительных процессов. Проявляется в нарушении фонематической, морфологической и синтаксической структуры речи. Согласно представлениям нейролингвистов, афазия – системное нарушение, складывающееся из: первичного дефекта; вторичных нарушений, возникающих в результате воздействия первичного дефекта; функциональных перестроек работы головного мозга, направленных на компенсацию нарушенной функции. Выделяют семь форм афазии, каждая из которых связана с одним из факторов, лежащих в основе речевой деятельности, и наблюдается при определенной локализации патологического процесса:

- **акустико-мнестическая афазия** – нарушение слухоречевой памяти, проявляющееся в виде трудностей понимания речи в усложненных условиях (быстрая речь, одновременное передавание двух речевых сообщений и пр.) и в виде трудностей, возникающих в устной речи и при письме под диктовку (поиск нужных слов, вербальные парафразии);
- **динамическая афазия** характеризуется недостаточностью последовательной организации речевого высказывания, проявляется расстройством

планирования речи, связной устной и активной письменной речи, трудностями актуализации слов, означающих действия;

- **моторная афферентная афазия** – нарушение произнесения слов, замена одних звуков другими от расстройства различия близких артикулем (артикуляционных движений), при этом бывает нарушено письмо, самостоятельное или под диктовку;
- **моторная эфферентная афазия** – нарушение кинетической организации речевых актов, трудности переключения с одного слова (слога) на другое от инертности речевых стереотипов;
- **оптико-мнестическая афазия** – в основе лежит расстройство зрительной памяти, проявляется в виде затруднений называния предметов и их изображений при большей легкости называния действий;
- **семантическая афазия** – нарушение понимания определенных логико-грамматических конструкций, например, таких как, брат отца, отец брата, весна перед летом и т. д.; сочетается с нарушениями счета и пространственного мышления;
- **сенсорная афазия** – нарушение фонематического слуха – способности различения звукового состава слов (трудности понимания устной речи и письма под диктовку).

**Афония** (греч. отрицательная приставка а- и phone – звук, голос) – потеря голоса при сохранении целостной речи. Возникает из-за органических или функциональных процессов в гортани (голосовых связках, гортанных мышцах), бывает при перенапряжении голосовых связок у лекторов, при внезапных и сильных волнениях, при истерии.

**Аффект** – сильное и относительно кратковременное эмоциональное состояние, сопровождающееся выраженными двигательными и вегетативными проявлениями, утратой волевого контроля и бурным выражением эмоциональных переживаний. Возникает в неожиданных стрессовых ситуациях как «аварийный» способ реагирования. Обладая свойствами доминанты, он тормозит не связанные с ним психические процессы и навязывает некий стереотипный способ разрешения ситуации (оцепенение, бегство, агрессия). Иногда термин используют для обозначения эмоций вообще. Для аффекта характерны сужение сознания на породившие аффективные обстоятельства и навязанные им действия. Крайняя



степень аффекта – аффект патологический, который проявляется резким эмоциональным перенапряжением и последующим сужением сознания, вплоть до полного его отключения.

Поскольку аффект предельно ограничивает возможность произвольной регуляции поведения, рекомендации по его преодолению в педагогической, психологической и реабилитационной практике нацелены на предупреждение аффекта путем избегания порождающих его ситуаций, выполнения отвлекающих действий, представления его нежелательных последствий и пр.; устойчивость к вовлечению в состояние аффекта зависит от уровня развития моральной мотивации личности.

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

**Аффект патологический** – см. **Аффект**.

**Аффективный** – относящийся к состояниям удовлетворения или неудовлетворения; связанный с ощущениями, эмоциями, страстями, чувствами.

**Афферентация** – постоянный поток нервных импульсов, поступающих в центральную нервную систему от органов чувств, воспринимающих информацию как от внешних раздражителей (экстерорецепция), так и от внутренних органов (интерорецепция). Находится в прямой зависимости от силы раздражителей и насыщенности ими среды, а также от состояния – активности или пассивности индивида.

**Афферентация измененная** – специфическое реагирование организма при резко измененных, непривычных условиях существования. Особенно отчетливо проявляется при воздействии

невесомости, когда резко изменяется афферентация от отолитового прибора, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и других систем. У испытуемых, впервые испытывающих невесомость, возникают ощущения падения, проваливания, сопровождаемые отрицательными эмоциями.

**Афферентный** – характеристика центростремительности процессов нервного возбуждения, их направленности по нервной системе от периферии к центру, в частности, к головному мозгу.

**Аффилиация** – стремление быть в обществе других людей, потребность в общении, в осуществлении эмоциональных контактов. Формирование этой потребности обусловлено характером взаимоотношений с родителями в раннем детстве, а также со сверстниками. Тенденция к аффилиации возрастает при вовлечении субъекта в потенциально опасную или стрессовую ситуацию, сопряженную с тревогой и неуверенностью в себе и вызывающую чувство одиночества и беспомощности. При этом общество других людей позволяет проверить избранный способ поведения и характер реакции на сложную и опасную обстановку. В известной мере близость других приводит и к прямому снижению тревожности, смягчая последствия физиологического и психологического стресса. Блокирование аффилиации вызывает чувство одиночества, отчужденности, порождает фрустрацию.

**Аэробика** – физические упражнения, цель которых состоит в улучшении дыхания и кровообращения благодаря увеличению потребления кислорода.

**Аэробный бег** – такой бег, при котором организм способен потребить определенное количество кислорода без накопления в тканях молочной кислоты. При недостатке кислорода происходит повышение содержания молочной кислоты, продуктов распада, что приводит к усталости мышц – это анаэробный бег.

**Аэроионотерапия** – метод физической профилактики заболеваний и повышения защитных сил организма, использующий вдыхание искусственно получаемых отрицательно или положительно заряженных атмосферных ионов. Аэроионы могут генерироваться искусственным путем с помощью специальных приборов – аэроионизаторов. Кроме аэроионов терапевтическим эффектом обладают гидроаэроионы – мельчайшие, распыленные в воздухе капельки воды, несущие электрический заряд. Естественная гидроаэроионизация воздуха происходит у водопадов, на берегах горных рек, вблизи мощных искусственных водных фонтанов, на берегу моря во время сильного прилива. Важное значение для

терапевтического эффекта имеет не только знак электрического заряда аэро- и гидроаэроионов, но и их химический состав.

**Аэротерапия** – воздействие воздухом на обнаженные участки тела и дыхательные пути в лечебных и профилактических целях; является основным методом климатотерапии и применяется в любых климатических условиях. Включает: воздушные ванны (воздействие воздухом на обнаженное тело), верандное лечение (длительное пребывание или сон на открытых верандах или специальных климатопавильонах), природную аэрофитотерапию (вдыхание свежего воздуха, насыщенного целебными летучими веществами, выделяемыми растениями), природную аэроионотерапию (вдыхание свежего воздуха, содержащего аэро- и гидроаэроионы), морскую аэротерапию (вдыхание свежего воздуха, содержащего морские соли).

Основным действующим фактором является не только вдыхание чистого свежего воздуха для улучшения оксигенации (насыщения организма кислородом) организма, но и охлаждение организма при воздушных ваннах. Прохладный воздух раздражает нервные окончания в коже и слизистых оболочках верхних дыхательных путей и вызывает тем самым повышение порога их чувствительности, тренировку механизмов терморегуляции и т. д., что лежит в основе закаливания. Рефлекторно увеличиваются функциональные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем: улучшается вентиляция легких, работа сердца, оксигенация крови и тканей, стимулируются окислительные процессы; аэротерапия благоприятно действует на центральную нервную систему, нормализует сон.

## **Б**

**Базальные ганглии** – подкорковые узлы, принадлежащие конечному мозгу; представляют собой скопление нейронов, прилежащих к стенке боковых желудочков; связаны с корой через корково-таламические волокна, с лимбическими структурами. Рассматриваются как полифункциональная структура, участвующая в работе многих системных механизмов мозга, в частности, в механизмах внутрицентральной регуляции, а также в механизмах интеграции различных врожденных реакций (пищевых, оборонительных, половых и др.), составляя важную часть нервного механизма мотивации и эмоций.

**Баллизм** – произвольные, насильственные размашистые и бросковые движения одноименных конечностей с одной или двух сторон.

**Бальнеотерапия** (лат. balneum – купание и греч. therapeia – лечение) – метод лечения, профилактики и восстановления нарушенных функций организма природными и искусственно приготовленными минеральными водами. Основу бальнеотерапии составляет наружное (общие и местные ванны, вытяжение позвоночника в воде, купание и плавание в лечебных бассейнах и др.) применение и прием минеральной воды внутрь (питьевое лечение, орошение кишечника, капельные клизмы, промывание желудка). Минеральная вода при концентрации соли выше 10 г/л способствует изменению функционального состояния рецепторов кожи; газы, растворенные в минеральных водах, проникают через кожу в клетки и ткани организма; давление слоя воды на кожу способствует протеканию указанных процессов; кроме того, при приеме ванн изменяется теплоотдача организма.

**Бандаж** – устройство для удержания и коррекции положения брюшной стенки и внутренних органов.

**Бартель-индекс (индекс Бартела)** – функциональная шкала, применяемая преимущественно в неврологической реабилитации, учитывающая в основном самостоятельность пациента при приеме пищи, в передвижении, уходе за телом, отпавлении естественных потребностей. Социальные и интеллектуальные способности в этой шкале не учитываются.

**Барьер психологический** – психическое состояние, проявляющееся как неадекватная пассивность, препятствующая выполнению тех или иных действий, – внутреннее препятствие психологической природы: нежелание, боязнь, неуверенность и пр. Часто появляется в деловых и личных взаимоотношениях, мешая установлению открытых и доверительных отношений. Эмоциональный механизм психологических барьеров состоит в усилении отрицательных переживаний и установок, ассоциированных с поставленной задачей (стыда, чувства вины, страха, тревоги, низкой самооценки). В социальном поведении психологические барьеры представлены трудностями коммуникации (барьерами общения), проявляющимися в отсутствии эмпатии, в ригидности межличностных социальных установок.

**Барьер смысловой** – взаимное непонимание между людьми, возникающее при общении как следствие того, что участники общения приписывают одним и тем же событиям разный смысл и

видят в их глубине разную мотивацию. Несовпадение смыслов высказываний, просьб, приказов и прочего создает препятствие для развития взаимодействия партнеров. Особенно выражены смысловые барьеры проявляются во взаимоотношениях взрослых и детей, когда ребенок, даже понимая правильность требований взрослого, не принимает их, если они игнорируют его взгляды, ценности, систему его личностных смыслов.

**Бегство в болезнь** – согласно З. Фрейду, понятие, фиксирующее и объясняющее причины и механизм ряда психических заболеваний и невротических расстройств, особенно неврозов. Для бегства в болезнь характерно наличие неосознаваемого стремления к заболеванию и погружению в болезнь как средство и способ защиты от конфликта и реальности. Выступает как способ замещения недостающего удовлетворения путем регрессии.

**Безбарьерная среда жизнедеятельности (доступная среда жизнедеятельности, среда жизнедеятельности, доступная для инвалида)** – обычная среда, окружающая человека, дооборудованная с учетом потребностей, возникающих в связи с инвалидностью, и позволяющая лицам с ограниченными возможностями вести независимый образ жизни. Законодательно установленные нормативы приспособления градостроительной среды к потребностям инвалидов предусматривают:

- специально оборудованные для инвалидов квартиры;
- специальные жилые дома с комплексом социально-бытовых услуг;
- приспособления и оборудование, облегчающее передвижение инвалидов на колясках в жилых и общественных зданиях в виде широких дверных проемов, широких лифтовых кабин и входов в лифты, пандусов, поручней и т.д.;
- специально приспособленные для инвалидов транспорт, тротуары, подземные переходы и т. д. в виде низких бордюрных камней, пандусов в подземных переходах, создание островков безопасности на оживленных транспортных магистралях;
- оснащённость средствами звуковой и световой сигнализации автобусных остановок, переходов, транспортных развилок, вокзалов, аэропортов, учреждений торговли и социально-бытового обслуживания и других объектов.

**Безработица** – многоаспектное социально-экономическое явление, присущее обществу с рыночной экономикой, когда часть трудоспособного населения, незанятая в производстве товаров и услуг, не может реализовать свою рабочую силу на рынке труда из-за отсутствия подходящих рабочих мест и лишается вследствие этого заработной платы как основного источника необходимых средств к жизни.

**Безработный** – трудоспособный гражданин, который не имеет работы и заработка, зарегистрированный в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы.

**Беседа клиническая** – метод получения информации посредством устного опроса пациента и проведения терапевтической беседы при оказании психологической, психотерапевтической, психиатрической, медицинской, социально-реабилитационной помощи. В клинической психологии и комплексной реабилитации применяется для помощи пациенту в осознании им своих внутренних затруднений, конфликтов, скрытых мотивов поведения. Существенная предпосылка успешности клинической беседы – установление позитивных личных отношений между участниками беседы.

**Библиотерапия** – использование специально подобранных книг, в первую очередь художественных, как терапевтического средства в лечении больных, страдающих от эмоциональных проблем или умственных расстройств. Основана на использовании систематического чтения для улучшения психологического состояния пациента. Психотерапевт подбирает для пациента литературу, специально ориентированную на его круг жизненных проблем. После прочтения происходит совместный разбор содержания. При этом подбор книг осуществляется как на основе клинической картины заболевания, так и при учете познавательных способностей и эстетических критериев пациента. Основными целями данного метода выступают достижение лучшего понимания пациентом своих проблем, расширение возможностей их вербализации этих проблем и включение их в контекст общественно выработанного опыта. Благодаря этому возникает чувство солидарности с другими. Библиотерапия часто используется в социальной работе в групповой терапии. См. также **Библиотерапия в реабилитации, Коррекционное чтение.**

**Библиотерапия в реабилитации** – направление социокультурной реабилитации, специальное коррекционное воздействие на лицо с ограниченными возможностями с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации

или оптимизации его психического состояния; отличается от библиотерапии как направления психотерапевтической деятельности и более соответствует понятию коррекционное чтение (см. **Библиотерапия, Коррекционное чтение**); осуществляется через художественное чтение, дискуссии, литературные вечера, встречи с авторами и литературными персонажами, тренинг-конкурсы на скорочтение, литературные и поэтические клубы, выставки книг, работу читального зала. При всем многообразии форм психологи рекомендуют реабилитацию посредством библиотерапии проводить в три этапа: присутствие инвалидов на общих мероприятиях в качестве пассивных, но заинтересованных участников; организация взаимодействия инвалидов и стимулирование их активности; выступление инвалидов в качестве авторов творческих работ или основных действующих лиц, т. е. выступление их в социально значимой роли. Реабилитационный резерв проявляется во влиянии на формирование осознания инвалидами своих проблем, расширении компенсаторных возможностей удовлетворения информационных потребностей, налаживании коммуникативных связей с единомышленниками, творческом соотнесении своей личности с персонажами литературных произведений, приобщении к отечественному и мировому культурному наследию, развитию речевых возможностей (особенно у людей с проблемами речи и нарушениями общения).

**Бинарный слух** – процесс слухового восприятия, построение картины мира с помощью звуковой информации, поступающей через оба уха. За счет различий основных характеристик звуковых сигналов, поступающих на разные уши, происходит локализация источника звука в пространстве: звуковой образ смещается в сторону более сильного или ранее пришедшего звука. Наибольшая точность при этом достигается при интенсивности сигналов, равной 70-100 дБ над порогом слышимости.

**Бинокулярное зрение** – процесс видения, в котором принимают участие оба глаза, при этом получаемые изображения сливаются в одно, соответствующее рассматриваемому предмету, что обеспечивает объемное (стереоскопическое) восприятие. Нарушение бинокулярного зрения затрудняет пространственную ориентацию (оценку глубины, взаиморасположения предметов и их удаленности от наблюдателя).

**Биологическая обратная связь** – метод медицинской реабилитации, при котором человеку с помощью электронных приборов мгновенно и непрерывно предоставляется информация о

физиологических показателях деятельности его внутренних органов посредством световых или звуковых сигналов обратной связи. Опираясь на эту информацию, человек может научиться произвольно изменять эти, в обычных условиях не ощущаемые, параметры (см. **Метод биологической обратной связи**).

**Биореабилитация** – см. **Метод биологической обратной связи**.

**Биоритмы психической активности человека** – см. **Активность психическая**.

**Бихевиоризм** (от англ. behavior – поведение) – направление в психологии, которое поведение человека понимает как совокупность реакций организма на воздействие внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Развившаяся в рамках бихевиоризма теория социального научения выдвигает положение о том, что поведение управляется тремя отдельными, но взаимодействующими регулирующими системами (Bandura, 1977). Это внешние стимулирующие события, внешнее подкрепление и, самое главное, промежуточные когнитивные процессы.

Когнитивная модификация поведения подразумевает анализ интерпретации личностью своего жизненного опыта. Согласно данному подходу, влияние средовых событий на поведение в большой степени зависит от когнитивных процессов, определяющих, каким именно средовым факторам уделяется внимание и как они интерпретируются индивидом.

На теориях социального научения и когнитивной модификации поведения основана поведенческая терапия (см. **Поведенческая терапия**), которая использует принципы, развитые в экспериментальной и социальной психологии.

**Благотворительность** – добровольная деятельность граждан и юридических лиц по бескорыстной (безвозмездной или на льготных условиях) передаче гражданам или юридическим лицам имущества, в том числе денежных средств, бескорыстному выполнению работ, предоставлению услуг, оказанию иной поддержки. Признание социальной значимости благотворительности может выражаться в предоставлении льгот по уплате налогов, таможенных и иных сборов и платежей, других льгот, финансировании на конкурсной основе благотворительных программ и размещении государственных и муниципальных социальных заказов.

**Блефароспазм** – см. **Гиперкинез**.

**Близорукость** (**миопия**) – нарушение преломляющей способности глаза. При близорукости параллельные лучи света,



преломляясь в глазу, соединяются впереди сетчатки. При этом на сетчатке образуется расплывчатое изображение и предметы различаются неясно.

**Блоки мозга** – структурно-функциональная модель мозговой локализации высших психических функций человека (ВПФ), разработанная А. Р. Лурией, каждая из которых выполняется за счет работы трех мозговых блоков. Первый блок – блок регуляции уровня общей и избирательной активации головного мозга – образован неспецифическими структурами ретикулярной формации ствола мозга, структурами среднего мозга, дизэнцефальных отделов лимбической системы, медиобазальными отделами коры лобных и височных долей мозга. Второй блок – блок приема, переработки и хранения модально-специфической информации – образован основными анализаторными системами (зрительной, слуховой, кожно-кинестетической), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий. Третий блок – блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической функции, обеспечивающий формирование мотивов деятельности и контроль за результатами деятельности посредством большого числа двусторонних связей с корковыми и подкорковыми структурами, — образован моторными, премоторными и префронтальными отделами коры больших полушарий.

**Бобат-терапия** – метод работы с детьми, имеющими двигательные нарушения; предложен супругами Карлом и Бертой Бобат в 30-х гг. XX в. В его основе лежат принципы активации двигательных способностей пациента через специфические технологии подавления, облегчения и стимуляции нейрофизиологического обеспечения двигательной сферы. Одна из задач в концепции Бобат – минимизировать хирургическое вмешательство с целью моторного переобучения ребенка, не отвергая его полностью. Существенным является то, что ребенок и его ближайшее окружение должны активно участвовать в реабилитационном процессе, который, в свою очередь, должен приводить к реальным результатам для ребенка. При этом основные нервно-мышечные функции должны развиваться в соответствии со стадией физиологического развития ребенка.

Сущность концепции Бобат состоит в следующем:

- акцент на качестве движения;
- акцент на долгосрочный результат;
- опора на индивидуальные особенности ребенка;

- готовность работать с любой дезорганизацией движений;
- пациент рассматривается как единое целое с позиции его окружения, психологических особенностей, мотиваций, степени патологических изменений, сопутствующих заболеваний, анамнеза и т. д.;
- обучение методу Бобат родителей и активное их участие в реабилитации;
- возможность применения метода при работе группой.

**Болезненность (распространенность заболевания)** – число больных с изучаемым заболеванием, которое имеется в определенной популяции в данное время; рассчитывается на 100, 1 000, 10 000, 100 000 населения, иногда рассчитывается процентное содержание.

**Болезни культуры** – патологическое состояние структур (кожа, мышцы, сосуды, нервные стволы), окружающих усеченную конечность, препятствующее или затрудняющее функциональное протезирование. См. также **Пороки культуры**.

**Болезнь** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникшее при действии на него повреждающих факторов или обусловленное пороками развития или генетическими дефектами; как правило, наступает ограничение трудоспособности и самообслуживания.

**Болезнь Альцгеймера** – прогрессирующая дегенерация мозга, во многих соотношениях сопоставимая с ускоренным его старением, является наиболее частой причиной прогрессирующей деменции. Начало болезни постепенное, основные проявления: прогрессирующая деменция, часто сочетающаяся с апраксией и нарушением речи; больные жалуются на снижение памяти, становятся неряшливыми, неспособными справиться с профессиональными и семейными обязанностями, изредка наблюдаются эпилептические припадки. По мере прогрессирования заболевания развивается полная дегенерация, больные не узнают своих друзей, становятся беспокойными, бесцельно блуждают. Прогрессируют нарушения речи, от парафазической болтливости она сокращается до отдельных слов и фраз. Движения становятся стереотипными, иногда развивается спастический паралич конечностей и контрактуры. Длительность заболевания от 1 года до 15 лет. См. также Старческое слабоумие.

**Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит)** – первичное хроническое поражение синовиальных оболочек межпозвонковых, реберно-позвонковых и крестцово-позвонковых

суставов, часто наследственного происхождения. Болезнь проявляется в значительном ограничении движений в позвоночном столбе («одеревенелость» позвоночника, его «палкообразное» выпрямление), вынужденной позе, искривлении позвоночника, атрофии мышц спины, затруднении дыхания, общей слабости, сонливости, раздражительности, похудении. Среди инвалидов с болезнями суставов 16% составляют больные с анкилозирующим спондилоартритом. Прогноз неблагоприятный.

**Болезнь Литтля (спастическая диплегия)** – одна из форм ДЦП; выражается в параличе конечностей, преимущественно ног, вызванном нарушением иннервации при поражении определенных участков головного мозга вследствие родовых травм, асфиксии новорожденных и т. п. Нередко сочетается с речевыми нарушениями, преимущественно дизартрией, реже моторной алалией. Около 30% детей с болезнью Литтля имеют нарушения в интеллектуальной сфере, главным образом легкую дебильность. В качестве вторичного нарушения нередко возникает задержка психического развития, которая при своевременно начатой и правильной коррекционно-воспитательной работе компенсируется к началу школьного возраста.

**Болезнь Паркинсона (дрожательный паралич, идеопатический паркинсонизм)** – хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, характеризующееся расстройствами в двигательной сфере. Возникает обычно в возрасте 45-70 лет в результате травм и опухолей мозга, отравлений, перенесенного энцефалита; при этом поражаются подкорковые структуры головного мозга (паллидо-нигральная система). Типичные симптомы: дрожание рук и ног, повышенный мышечный тонус, спонотечение, амимия, замедленность движений и речи. См. также **Паркинсонизм**.

**Боль** – системная реакция организма в виде резко неприятного субъективного эмоционального напряжения, возникающего в ответ на повреждающее воздействие. Болевые ощущения развиваются в ответ на раздражение специфических рецепторных окончаний, которые реагируют на различные раздражители (например, кожные болевые рецепторы воспринимают разрез, находящиеся во внутренних органах – давление, растяжение). По периферическим нервам болевые импульсы проводятся в основном А-гамма, А-дельта и С-волоками. Толстомиелиновые волокна группы А обеспечивают представление о характере и локализации поражения. Раздражение тонких волокон группы С вызывает недифференцированные длительные неприятные болевые ощущения. Болевой синдром сопровождается обычно рядом

объективных сдвигов, особенно вегетативно-эндокринных (учащение пульса, подъем артериального давления и пр.) и биохимических. Значительная роль в механизме боли (ноцицепции) принадлежит неспецифическим путям, лимбико-ретикулярному комплексу и лобным долям. В головном мозге имеется особая антиноцицептивная система, представленная прежде всего опиатными рецепторами и эндорфинами – особыми веществами, обладающими морфиноподобным действием.

В зависимости от локализации боли принято различать висцеральную боль, обусловленную патологией внутренних органов, и соматическую, которую подразделяют на поверхностную (кожную) и глубокую (исходящую от мышц, связок, костей, соединительной ткани).

Исключительно велико клиническое значение боли как симптома нарушения нормального течения физиологических процессов. С позиции эмоционального переживания болевое ощущение гнетуще и тягостно, подчас переходит в страдание; служит стимулом разнообразных оборонительных реакций, направленных на устранение внешних или внутренних раздражителей, обусловивших появление боли. Хотя боль и сигнализирует об опасности поражения или заболевания, сильная и продолжительная боль при хронических заболеваниях утрачивает свою полезную сигнальную функцию, вызывает перенапряжение, а затем истощение нервно-психических функций.

Люди обладают различной толерантностью к боли, что зависит от преморбидных особенностей и психоэмоционального состояния человека. В период резкого возбуждения, экзальтации восприимчивость к боли значительно уменьшается. Болевые ощущения в известной мере поддаются влиянию высших психических процессов, зависимых от таких личностных особенностей, как направленность, убеждения, ценностные ориентации.

**Большой эпилептический припадок** – см. **Эпилепсия**.

**Бомж** – гражданин, не имеющий определенного места жительства.

**Брайля шрифт** – рельефно-точечный шрифт для письма и чтения слепых, разработанный в 1829 г. французским незрячим тифлопедагогом Л. Брайлем. Адаптирован к различным языкам и получил всемирное распространение, вытеснив менее совершенные виды рельефного шрифта. Состоит из комбинации выпуклых точек от одной до шести, с помощью которых изображаются различные знаки:

буквы алфавита, цифры, знаки препинания, математические и химические формулы, нотные знаки.

**Бранкоу-терапия** – физиотерапевтический метод лечения нервно-мышечных расстройств, разработанный Росвитой Бранкоу на основе многолетней практики в клинике. Она ушла из жизни в 1977 г., так и не опубликовав своих работ. Результаты ее наблюдений были использованы доктором Войта. После смерти Бранкоу рабочая группа, названная в ее честь, сохранила ее метод. В 1978 и 1983 гг. этот метод был опубликован ее последователями и в переводе приблизительно означает «направленное давление».

Данное лечение направлено на стимуляцию нормальных или восстановленных двигательных паттернов, закрепление их на автоматическом уровне с помощью активации всех мышц организма, ответственных за прямохождение. Это достигается с помощью максимального дорсального сгибания рук и ног, в результате чего оказывается давление на запястья и пятки. Данные проприоцептивные стимулы воздействуют на взаимное сжатие, которое передается телу через верхние и нижние конечности. Посредством особых манипуляций, вызывающих так называемое направленное давление, активизируются определенные группы мышц, обеспечивающие симметричность тонуса всей мускулатуры, ответственной за выпрямление тела и расслабление позвоночника.

Теория предполагает, что активация мышечного тонуса с помощью рук и ног стимулирует физиологические и управляемые реакции мышц, обеспечивающих прямое положение тела в его смежных частях, подвергающихся терапевтическому воздействию. С точки зрения анатомии, данные линейные мышечные сокращения – результат взаимодействия групп мышц, волокна которых, по преимуществу, проходят диагонально. Вентрально и дорсально волокна организованы в противоположных направлениях и, таким образом, они действуют антагонистически. Цель этих мышечных сокращений – выпрямить тело.

Прямая осанка и походка поддерживаются посредством антагонистических взаимодействий брюшных и спинных мышц, которые создают баланс позвоночного столба и туловища. Предварительным условием для правильного выполнения этой задачи является нормальная иннервация, необходимая для координированных и соразмерных мышечных сокращений. Двигательные нарушения, вследствие дисфункции мышц, поддаются коррекции выравниванием мышечного тонуса и устранением двигательного дисбаланса. Это физиологический процесс для

здорового человека и физиотерапевтический – для человека, имеющего двигательные нарушения.

**Бред** – это стойкое ложное убеждение, не соответствующее действительности и не поддающееся коррекции и воздействию логических доводов противоположного.

**Брейнстриминг** – см. **Атака мозговая**.

**Бригадный метод работы (командный метод работы)** – бригадный подход обоснован, прежде всего, тем, что ни один участник реабилитационной команды не в состоянии воспринимать всю полноту информации о подопечном в окружающей его действительности. Каждый член бригады дополняет усилия других и совместно принимает оптимальное решение, в результате обеспечивается воздействие на все уровни поражения – биологический, личностный и социальный. В процессе работы устанавливается межпрофессиональное взаимодействие (см. **Межпрофессиональное взаимодействие**).

В процессе работы происходит:

- согласование профессиональных позиций, в том числе – на уровне ценностей;
- разработка единой позиции по отношению к конкретному случаю, а также по отношению к процессу реабилитации в целом; к ее отдельным компонентам: согласование методов влияния, содержания и организации деятельности, в которую включается клиент, характера общения с ним и т. д.;
- обмен полученной информацией о состоянии здоровья и социального функционирования клиента, его поведении, общении с другими людьми, позитивных для помогающего процесса и негативных чертах его характера и т. д.
- запрос одного специалиста к другому, использование информации о клиенте, добытой одним специалистом в деятельности другого;
- совместная деятельность (каждый специалист своими методами, со своих позиций участвует вместе с другими в решении той или иной задачи социальной реабилитации клиента), взаимодействие и взаимопомощь.

**Брока центр** – центр моторной речи, расположенный в задней части нижней лобной извилины левого полушария мозга у правшей, при его поражении возникает эфферентная моторная афазия.

**Брунстром-терапия** – метод двигательной реабилитации, при котором, в противоположность Бобат-терапии, используют имеющиеся у пациента патологические синергии и рефлексы, дающие инициацию движений на противоположной стороне. Одновременно используются дополнительные стимулы раздражения кожи, усиливающие реакцию мышц.

**Булимия (полифагия)** – патологическое повышение потребности в пище, приводящее к ожирению, ненасытный аппетит.

**Бюро медико-социальной экспертизы (Бюро МСЭ)** – структурные подразделения Государственной службы медико-социальной экспертизы (см. **Государственная служба медико-социальной экспертизы**), которые проводят медико-социальную экспертизу больных с различными заболеваниями, дефектами и последствиями травм. В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего профиля, специализированного профиля (психиатрического, онкологического, туберкулезного и пр.) и смешанного профиля. Для проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте до 18 лет могут образовываться бюро специализированного профиля.

В штатный норматив бюро МСЭ входят специалисты, принимающие экспертное решение (три врача различных специальностей), а также, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и психолог. При необходимости в штатный норматив бюро могут быть введены врачи-педиатры, специалисты по функциональной диагностике, по профориентации, по эргономике, физиологии труда, педагог, сурдопереводчик и другие специалисты.

**Бюро МСЭ** – см. **Бюро медико-социальной экспертизы**.

## **В**

**Вандализм** – разрушение или повреждение материальных ценностей.

**Ванны** – общее название процедур, при которых организм человека с лечебной и профилактической целью подвергается воздействию воды, воздуха, света и других, главным образом природных, факторов. В практике термином «ванны» обычно называют водные процедуры. Принято говорить об общих (в воду погружается все тело, открытыми остаются голова, шея и верхняя часть груди), местных (погружают только конечности) ваннах и

полуваннах. Ванны могут быть холодными (до 20<sup>0</sup> С), прохладными (20-33<sup>0</sup> С), индифферентными (34-37<sup>0</sup> С), теплыми (38-39<sup>0</sup> С), горячими (40<sup>0</sup> С и выше) и контрастными, а также пресными, лекарственными и минеральными. Действующими факторами ванн являются температура, давление воды, вибрация, лекарственные и минеральные вещества.

**Вегетативная (автономная) нервная система** – структура, обеспечивающая управление пищеварением, кровообращением, дыханием, обменом веществ и энергии, выделением за счет контроля за моторной и секреторной деятельностью внутренних органов. Анатомически вегетативная нервная система подразделяется на надсегментарный (центральный) и сегментарный (периферический) отделы. Центральный отдел представлен лимбико-ретикулярным комплексом (ЛРК). Сегментарная вегетативная нервная система представлена симпатическим и парасимпатическим отделами.

- **Симпатическая нервная система** включает нервные клетки восьмого шейного сегмента грудного и верхнепоясничного отделов спинного мозга, нервные клетки пограничного симпатического ствола, солнечного сплетения, брыжеечных узлов, отростки которых иннервируют все органы. Симпатическая нервная система проводит импульсы, вызывающие повышение обмена веществ, учащение сердцебиения, сужение сосудов, расширение зрачка и др., регулирует иннервируемый орган прежде всего за счет медиатора норадреналина.
- **Парасимпатическая нервная система** представлена в продолговатом мозге, среднем мозге и крестцовом отделе спинного мозга. Вместе с симпатической нервной системой участвует в регуляции деятельности внутренних органов и желез, вызывая эффекты, противоположные таковым симпатической нервной системы (снижает обмен веществ, урежает сердцебиение, расширяет сосуды и т. д.), регулирует иннервируемый орган прежде всего за счет медиатора ацетилхолина.

Общее согласование вегетативных функций происходит на уровне ЛРК, важнейшим звеном которого является гипоталамус.

**Вегетативная устойчивость** – способность вегетативной нервной системы организма достаточно стабильно и адекватно реагировать на различные средовые воздействия.



**Вегетативная деятельность** – теоретический конструкт, призванный объяснить формирование высших психических функций, деятельность, при реализации которой происходит возникновение и формирование основных психологических новообразований человека на той или иной ступени его развития, и закладываются основы для перехода к новой ведущей деятельности.

**Вербализация** – словесное описание переживаний, чувств, мыслей, поведения. Оказывает терапевтическое влияние – происходит осознание проблем и формирование нового опыта.

**Вербальная коммуникация** – сообщение информации посредством человеческой речи.

**Вербальное научение** – см. **Научение**.

**Вербальный** – понятие, используемое для обозначения форм знакового материала и процессов оперирования с ними; вербальный осмысленный материал – ряды слов, отрывки текста и пр.; вербальный бессмысленный материал – слоги, группы букв, бессмысленные слова и пр.

**Вернике центр** – центр восприятия речи, расположенный в заднем отделе верхней височной извилины доминантного полушария, при его поражении возникает сенсорная афазия.

**Вестибулярный аппарат** – вид анализатора; предназначен для приема и анализа информации о пространственной локализации организма по отношению к вектору силы тяжести. У большинства беспозвоночных уже имеется система распознавания направления силы гравитации. В процессе эволюции она оформилась в аппарат полукружных каналов, за счет которого поступает информация о положении головы и тела и направлении движения.

**Визуальное мышление** – оперирование зрительными образами, в результате которого изменяются имеющиеся в памяти или порождаются новые образы. Основы визуального мышления закладываются в дошкольном возрасте.

**Взаимодействие анализаторов** – одно из проявлений единства сенсорной сферы. Особенно полно изучены изменения функционального состояния одного анализатора в результате стимуляции другого. Явления этого типа описал еще М. В. Ломоносов. Взаимодействие анализаторов проявляется также в совместной работе анализаторов, дающих субъекту информацию о сторонах внешнего мира, о которых ни один из анализаторов сам по себе информации не дает (например, бинокулярная оценка удаленности объекта при совместной работе зрительного и проприоцептивного анализаторов). В патологии взаимодействие

может нарушаться, отражая характер дезинтеграции работы центральной нервной системы и сенсорных систем. Выявленные закономерности нарушения взаимодействия анализаторов применяются в диагностике заболеваний.

**Взаимодействие групповое** – процесс непосредственного или опосредованного воздействия множественных объектов (субъектов) друг на друга, порождающий их взаимную обусловленность и связь; происходит и между частями групп, и между целыми группами. Выступает как интегрирующий фактор, способствующий образованию структур. Так, при взаимодействии членов вновь созданной группы появляются признаки, характеризующие эту группу как взаимосвязанную устойчивую структуру определенного уровня развития. Структурированность группы проявляется в статусных отношениях, в действии признаваемых всеми членами группы норм поведения и взаимодействия, в групповых целях и ценностях. Известны такие виды группового взаимодействия, как содружество, конкуренция и конфликт.

**Взаимодействие межличностное** – в широком смысле – случайный или преднамеренный, частный или публичный, длительный или кратковременный, вербальный или невербальный личный контакт двух и более человек, влекущий взаимные изменения их поведения, деятельности, отношений и установок. Такая трактовка обычно используется для указания на непосредственную взаимосвязь как-либо взаимно воздействующих индивидов.

В узком смысле – система взаимно обусловленных индивидуальных действий, связанных циклической причинной зависимостью, при которой поведение каждого из участников выступает одновременно и стимулом, и реакцией на поведение остальных.

**Взаимодействие межпрофессиональное** – обеспечение связи и взаимопонимания в деятельности специалистов разного профиля, ориентированной на одного и того же клиента; рассматривается как главный принцип бригадного (командного) стиля работы специалистов в процессе комплексной реабилитации инвалидов (см. **Бригадный метод работы**). Предполагает совместное изменение представлений партнеров, обмен информацией и опытом, взаимное обучение, личностный и профессиональный рост, стимулирование деловой активности. Каждому дают понять, что его уважают и ценят как специалиста. При этом происходит формирование междисциплинарного «видения объекта» и «общего языка», развитие моделей командного взаимодействия, с новым стилем

взаимоотношений, стремлением понять и поддержать друг друга. При совместной работе внимание концентрируется на проблемах подопечных, а не на личных интересах и эмоциях, при условии активного слушания и обеспечения психологического резонанса со стороны каждого специалиста. В результате достигается психологическая совместимость участников команды и вырабатывается общий стиль общения с клиентами.

**Вибрационная чувствительность** – форма чувствительности, настроена по отношению к колебательным воздействиям на кожу. С ее помощью могут восприниматься воздействия в диапазоне от 1 до 10000 Гц; наиболее высока чувствительность к частотам 200 – 250 Гц. Более развита вибрационная чувствительность дистальных частей конечностей, на основании которой возможно обучение произношению звуков речи глухих. Предполагается, что вибрационная чувствительность является переходной формой между тактильной чувствительностью и слуховой.

**Вибротерапия** – воздействие механическими колебаниями на тело больного или на отдельные его участки с лечебной целью. Может проводиться руками (специальные виды массажа) и специальными аппаратами. Вызывает усиление кровообращения, стимулирует обменные процессы, улучшает нейротрофические функции, оказывает обезболивающее, противовоспалительное и гипосенсибилизирующее действие; применяют при лечении невритов, плекситов, радикулитов, заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата.

**Видеоарттерапия** – форма когнитивной психотерапии, основанная на показе наиболее типичных приемов разрешения внутриличностных конфликтов на материале произведений кинематографического искусства. Наиболее частыми темами выступают темы секса и любви, ненависти и гнева.

**Виды амбулаторной психиатрической помощи** – амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

- **консультативно-лечебная помощь** оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя;

- **диспансерное наблюдение** может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных законом, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

**Виды реабилитации** – организация реабилитационного процесса и взаимодействия профессионалов с реабилитируемым в зависимости от направленности и цели деятельности, в качестве которых могут выступать отдельная проблема (или проблемы) инвалида, сама личность реабилитанта или его окружение. Выделяют следующие виды реабилитации.

- **Экспертная реабилитация** – специалист работает с конкретной проблемой инвалида. Взаимодействие профессионалов предполагается в форме комплексного подхода, когда разные специалисты проводят диагностику и предлагают рекомендации с точки зрения своей дисциплины. Это способствует наиболее полному охвату в рассмотрении проблемы с различных сторон.
- **Клиент-центрированная реабилитация** – профессионал работает с личностью клиента. Характерно рассмотрение личности на разных уровнях.
- **Центрированная на окружении реабилитация** – в данном случае в процесс реабилитации должны включаться все члены семьи и другие люди из непосредственного окружения инвалида. Для этого подхода характерно: разделение обязанностей и ответственности между направлениями происходит при взаимном участии и обсуждении; большая осведомленность в специфических методах конкретного направления у участников реабилитационного процесса; инвалид и его семья контактируют с определенными людьми во время всего процесса реабилитации; родители (близкие люди) имеют возможность более активно участвовать в реабилитации; большая степень включенности, поддержки и взаимозависимости участников реабилитационного процесса.

**Виды социальных услуг** – см. Социальная услуга.

**Виды учреждений социального обслуживания** – подразделение учреждений социального обслуживания в зависимости от их предназначения, номенклатуры (состава) и характера предоставления услуг.

Виды учреждений, приведенные ниже, установлены в соответствии с Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 52498-2005, на основании Федеральных законов «Об основах социального обслуживания населения в РФ», «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», Положений и Постановлений Правительства РФ и Минтруда (Минсоцразвития) России по вопросам социального обслуживания населения.

Перечень структурных подразделений, входящих в состав любого из учреждений, указанных ниже, устанавливается в соответствии с Положениями об этих учреждениях (Уставами учреждений). Вместе с тем в учреждениях могут при необходимости и с учетом имеющихся возможностей дополнительно создаваться, по согласованию с их учредителями, иные структурные подразделения (отделения), деятельность которых отвечает направлениям и содержанию деятельности этих учреждений, а также потребностям населения в социальных услугах.

- ***Геронтологический центр*** – учреждение социального обслуживания престарелых граждан, в том числе инвалидов, предназначенное для постоянного или временного их проживания, предоставления им необходимых социальных услуг, создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности. См. также **Геронтологический центр**.
- ***Геронтопсихиатрический центр*** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного проживания престарелых граждан, в том числе инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, и предоставления им необходимых социальных услуг для создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности. См. также **Геронтопсихиатрический центр**.
- ***Детский дом-интернат для детей с физическими недостатками*** – учреждение социального

обслуживания, предназначенное для постоянного проживания детей, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также для социально-трудовой адаптации с одновременным обучением по программе общеобразовательной школы. См. также **Детский дом-интернат для детей с физическими недостатками**.

- **Детский дом-интернат для умственно отсталых детей** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания детей от 4 до 18 лет с аномалиями умственного развития, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также социально-трудовой адаптации. См. также **Детский дом-интернат для умственно отсталых детей**.
- **Дом-интернат для ветеранов войны и труда** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного (сроком до 6 месяцев или пятидневного в неделю) проживания ветеранов войны и труда и предоставления им необходимых социальных услуг.
- **Дом-интернат (пансионат) для престарелых и инвалидов** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного (сроком до 6 месяцев или пятидневного в неделю) проживания престарелых (мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет) и инвалидов старше 18 лет 1-й и 2-й группы инвалидности, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, а также предоставления им необходимых социальных услуг. См. также **Дом-интернат (пансионат) для престарелых и инвалидов**.
- **Дом-интернат милосердия для престарелых и инвалидов** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного (сроком до 6 месяцев или пятидневного в неделю) проживания престарелых и инвалидов 1-й и 2-й групп, находящихся на постельном режиме или передвигающихся с посторонней помощью, и предоставления им необходимых социальных услуг. См.

также Дом-интернат милосердия для престарелых и инвалидов.

- **Комплексный центр социального обслуживания населения** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания семьям и отдельным гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, помощи в реализации законных прав и интересов, содействия в улучшении их социального и материального положения. См. также **Комплексный центр социального обслуживания населения**.
- **Консультативный центр** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для защиты прав и интересов граждан, их адаптации в обществе путем содействия в решении социальных, психологических и юридических вопросов.
- **Кризисный центр помощи женщинам** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания помощи и социальной реабилитации женщин, подвергшихся физическому или психическому насилию, потерявших жилье или работу, оказавшихся в экстремальных психологических или социально-бытовых условиях. См. также **Кризисный центр помощи женщинам**.
- **Отделение учреждения социального обслуживания** – структурное подразделение учреждения социального обслуживания, предоставляющее конкретные социальные услуги в соответствии с функциями этого учреждения.
- **Психоневрологический интернат** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного (сроком до 6 месяцев или пятидневного в неделю) проживания престарелых и инвалидов старше 18 лет, страдающих хроническими психическими заболеваниями, и предоставления им необходимых социальных услуг. См. также **Психоневрологический интернат**.
- **Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями** – см. **Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями**.

- **Социальная гостиница** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для временного проживания граждан с оплатой предоставляемых социальных услуг.
- **Социально-оздоровительный центр граждан пожилого возраста и инвалидов** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для проведения социально-оздоровительных и профилактических мероприятий с целью продления возможности самореализации гражданам пожилого возраста и инвалидам. См. также **Социально-оздоровительный центр граждан пожилого возраста и инвалидов**.
- **Социально-реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными умственными и физическими возможностями** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для реабилитации детей и подростков, имеющих отклонения в умственном и физическом развитии (включая детей-инвалидов) в возрасте от рождения до 8 лет в соответствии с реабилитационными программами.
- **Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних** – специализированное учреждение социального обслуживания, предназначенное для социальной и психологической реабилитации детей с различными формами и степенью социальной дезадаптации. См. также **Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних**.
- **Социальный приют для детей** – специализированное учреждение социального обслуживания, предназначенное для временного проживания и социальной реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной или кризисной ситуации и нуждающихся в экстренной социальной помощи. См. также **Социальный приют для детей**.
- **Специальный дом для одиноких престарелых** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания одиноких граждан и супружеских пар пожилого возраста, сохранивших полную или частичную способность к



самообслуживанию. См. также **Специальный дом для одиноких престарелых.**

- ***Специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов*** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов из числа освобожденных из мест лишения свободы и других лиц, ранее судимых или неоднократно привлекавшихся к административной ответственности за нарушение общественного порядка, бродяжничество и попрошайничество, а также для предоставления им необходимых социальных услуг. См. также **Специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов.**
- ***Специализированный центр социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов*** – учреждение, предназначенное для временного или постоянного социально-бытового обслуживания и оказания доврачебной медицинской помощи в надомных условиях нуждающимся в них гражданам.
- ***Территориальный центр помощи семье и детям*** – учреждение социального обслуживания семей, детей различных групп и отдельных граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию.
- ***Учреждение социального обслуживания лиц без определенного места жительства и занятий (комплексный центр по оказанию помощи лицам без определенного места жительства и занятий)*** – учреждение социального обслуживания (дом ночного пребывания, социальный приют, социальная гостиница, центр или отделение социальной адаптации), предназначенное для предоставления ночлега или временного места пребывания лицам, оказавшимся без определенного места жительства и занятий, в первую очередь, лицам пожилого возраста и инвалидам, а также для социальной реабилитации и адаптации к условиям жизни в обществе лиц, утративших социально полезные связи. См. также **Учреждение социального обслуживания лиц без определенного места жительства.**

- **Центр временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов** – учреждение, предназначенное для предоставления гражданам пожилого возраста и инвалидам на срок до 6 месяцев благоустроенного жилья и оказания необходимых социальных услуг.
- **Центр (отделение) дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания в дневное время социальных услуг гражданам, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению.
- **Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей** – специализированное учреждение социального обслуживания, предназначенное для временного содержания детей, оставшихся без попечения родителей, и оказания им содействия в их дальнейшем жизненном устройстве. См. также **Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей**.
- **Центр психолого-педагогической помощи населению** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания гражданам специализированной психолого-педагогической помощи. См. также **Центр психолого-педагогической помощи населению**.
- **Центр социального обслуживания на дому** – учреждение, предназначенное для временного или постоянного оказания гражданам, частично утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в посторонней поддержке, необходимых им социальных услуг в домашних условиях.
- **Центр социальной адаптации несовершеннолетних и молодежи** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для социальной адаптации на первоначальном этапе самостоятельной жизни выпускников детских домов и школ-интернатов для детей, оставшихся без попечения родителей, специальных школ-интернатов для детей, имеющих отклонения в умственном и физическом развитии, специальных учебно-воспитательных учреждений, домов-интернатов для детей-инвалидов, несовершеннолетних и молодых людей, вернувшихся из

воспитательных колоний, следственных изоляторов и других учреждений принудительной изоляции.

- **Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для осуществления организационной, практической и координационной деятельности по оказанию социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам. См. также **Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов**.
- **Центр социальной помощи семье и детям** – см. **Центр социальной помощи семье и детям**.
- **Центр срочного социального обслуживания** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания гражданам всех возрастов, остро нуждающимся в социальной поддержке, помощи разового характера.
- **Центр экстренной психологической помощи по телефону** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания гражданам экстренной психологической помощи по телефону в соответствии с поступающими от клиентов запросами. См. также **Центр экстренной психологической помощи по телефону**.

**Викарное научение** – см. **Научение**.

**Виктимизация** (от лат. *victima* – жертва) – процесс косвенного формирования роли потенциальной жертвы в связи с соответствующими социокультурными особенностями среды ребенка, его отношениями со специфической, часто преступной или подавляющей, средой, с исполнением ребенком определенной роли (чаще свидетеля или соучастника противоправных или аморальных поступков). Немаловажное значение при этом играют личностные качества ребенка и особенности его характера (агрессивность, вспыльчивость, наглость, трусость и пр.).

**Внимание** – направленность психологических процессов на избирательное восприятие каких-либо предметов, явлений, действий. Другими словами, это сосредоточение сознания на объекте, обеспечивающее его ясное отражение. Внимание характеризуется несколькими параметрами:

- концентрация (интенсивность) внимания – степень сосредоточения на одном (наиболее значимом) объекте или процессе;

- объем внимания – количество объектов или явлений, не имеющих непосредственной связи с деятельностью человека в данный момент, которые одновременно могут находиться в сфере внимания человека;
- распределение внимания – обычно процесс эффективной деятельности требует сосредоточения внимания на каком-то одном виде работы.

**Внутриличностный конфликт** – см. **Конфликт внутренний**.

**Внутренняя картина болезни** – возникающий у больного целостный образ своего заболевания. Понятие введено А. Р. Лурией, продолжившим развитие идей А. Гольдштейна об аутопластической картине заболевания. По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и пр.), оно наиболее общее и интегративное. Выделяют четыре структурных уровня:

- чувственный (комплекс болезненных ощущений),
- эмоциональный (переживание заболевания и его последствий),
- интеллектуальный (знание о болезни и ее реальная оценка),
- мотивационный (выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление).

Внутренняя картина болезни обычно выступает как целостное образование. На ее формирование влияют различные факторы: характер заболевания, его острота и темп развития, особенности личности в предшествующий болезни период и пр.

**Водолечение** – наружное применение пресной воды с профилактической и лечебной целью; представлено большим разнообразием процедур, используемых в психиатрии и в восстановительной медицине по методикам общего и местного воздействия. Большинство из этих процедур (ванны, обтирания, обмывания, влажные укутывания, различные виды лечебного душа) проводят как в больницах, так и в специализированных водолечебницах. Отдельные процедуры можно проводить непосредственно в палатах, некоторые на дому, особенно те, которые осуществляет сам больной с целью повышения адаптационных возможностей организма (при неврозах). Действие этих процедур на организм обусловлено температурным, механическим и химическим влиянием воды.

**Возбудимость** – свойство живых существ приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителей или стимулов – с сохранением его следов на какое-то время.

**Возбуждение** – свойство живых организмов – активный ответ возбудимой ткани на раздражение. Основная функция нервной системы. Клетки, образующие ее, обладают свойством проведения возбуждения из участка, где оно возникло, в другие участки и на соседние клетки. Благодаря этому нервные клетки способны передавать сигналы от одних структур организма к другим. Тем самым возбуждение стало носителем информации о свойствах, поступающих извне раздражений и, вместе с торможением, – регулятором активности всех органов и систем организма.

Процесс возбуждения возникает лишь при определенной интенсивности внешнего стимула, превышающей абсолютный порог возбуждения, свойственный данному органу. В основе возбуждения лежат физико-химические процессы, с которыми связаны биоэлектрические явления, сопровождающие возбуждение и регистрируемые как на клеточном уровне, так и с поверхности тела. Способы его распространения зависят от сложности организации нервной системы. При самом примитивном – диффузном – активность проводится равномерно в различных направлениях, постепенно затухая. В ходе эволюции, наряду с усложнением нервной системы, совершенствовались и способы передачи возбуждения, при которых этот процесс распространяется до конца пути без какого-либо ослабления, что позволяет возбуждению выполнять регулируемую функцию в целостном организме. Процессы возбуждения и торможения образуют основу высшей нервной деятельности. Их индивидуальные особенности определяют тип последней, а их динамика влияет на все акты поведения.

**Воздействие на социальную среду** – комплекс мероприятий, направленный на улучшение социальной среды.

**Возраст** – категория возраста определяет временные характеристики индивидуального развития. Различают хронологический (паспортный) возраст и психологический возраст, описывающий степень психической (психологической) зрелости. В современной отечественной психологии принята периодизация психического развития:

- младенческий возраст (0 – 1 год), ведущая деятельность – интимно-личное общение;
- ранний возраст (1 – 3 года), ведущая деятельность – предметно-манипулятивная;

- дошкольный возраст (4 – 7 лет), ведущая деятельность – игровая;
- младший дошкольный возраст (7 – 10 лет), ведущая деятельность – учебная;
- подростковый возраст (10 – 15 лет), ведущая деятельность – интимно-личностное общение со сверстниками (по Д. И. Фельдштейну, – общественно-полезная деятельность);
- юношеский возраст (первый период – старший школьный возраст (15 – 17 лет), второй период: 17 – 21 год), ведущая деятельность – учебно-профессиональная;
- зрелый возраст (первый период: 21 – 35 лет, второй период: 35-60 лет), ведущая деятельность – профессионально-трудовая);
- пожилой возраст (60 – 75 лет);
- старческий возраст (75 – 90 лет);
- долгожители (старше 90 лет).

**Возраст социальный** – понятие, отражающее определенную систему прав и требований, предъявляемых обществом к человеку на определенном этапе его жизни, и сущность его отношений с окружающими, его общественное положение. Специфические характеристики социального возраста определяются особенностями отношений индивида с наиболее референтными для него группами.

**Возрастные кризисы** – феномены психического развития; условное наименование переходных этапов от одного возрастного периода к другому, особые, относительно непродолжительные (до одного года) периоды онтогенеза, характерные резкими психологическими изменениями. Возрастные кризисы обусловлены прежде всего разрушением привычной социальной ситуации развития и возникновением другой, которая более соответствует новому уровню психологического развития человека. В отличие от кризисов невротического или травматического характера, относятся к нормативным процессам, необходимым для нормального, поступательного личностного развития. Связаны с системными качественными преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания.

Во внешнем поведении возрастные кризисы у ребенка обнаруживаются как непослушание, упрямство, негативизм, в подростковом возрасте – это различные формы девиантного поведения. По времени они локализованы на границах стабильных

возрастов и проявляются как кризис новорожденности (до 1 мес.), кризис одного года, кризис 3 лет, кризис 7 лет, подростковый кризис (11 – 12 лет) и юношеский кризис. В зрелом возрасте выделяют два кризисных периода: кризис среднего возраста (30-35 лет) и предпенсионный кризис (между 50 и 60 годами), в том числе климактерический период. Пожилой возраст (60-74 года) и старческий (75-89 лет) также характеризуются изменениями личности и психической деятельности.

**Войта-терапия** – метод лечения церебральных двигательных нарушений; впервые опубликован в книге Вацлава Войта в 1974 г. «Детские церебральные двигательные нарушения»; основан на стимуляции и использовании рефлекторных движений в целях закрепления правильных рефлекторных или двигательных паттернов. Для того чтобы применять этот метод, необходимы глубокие знания сложных законов, управляющих рефлекторными движениями. Здесь используются сокращения мышц различных групп, ответственных за осуществление рефлексов ползания и кувыкания. Они состоят из двигательных противоположно направленных движений. Посредством стимуляции соответствующих групп мышц, те из них, функция которых нарушена, интегрируются в работу нормальных мышечных групп. Таким образом, создаются двигательные паттерны для центральной нервной системы, в инициации которых участвует множество различных рецепторов во всем двигательном аппарате.

**Волна ожидания** – см. **Е-волна**.

**Восковая ригидность** – двигательный феномен, характеризующийся усиленным разгибанием мышц, которое может наступать в состоянии гипнотического сна. Связана с блокировкой связей между передними и задними буграми четверохолмия.

**Воспитательные организации** – специально создаваемые государственные и негосударственные организации, основной задачей которых является социальное воспитание определенных возрастных групп населения.

**Воспитательный потенциал семьи** – способность семьи реализовать функцию воспитания, развития и социализации ребенка. Большинство исследователей связывают его с психологической атмосферой, системой межличностных отношений, характером отношений к детям и их интересам, потребностям, а также с уровнем психолого-педагогической и общей культуры родителей, образом жизни семьи, ее структурой, индивидуально-типологическими особенностями родителей. Исходя из значимости семьи и семейного воспитания, социальный педагог рассматривает семью как один из

главных объектов своей профессиональной деятельности, важнейшую составляющую социальной ситуации развития ребенка.

**Воспитание** – направленное социальное воздействие на человека, более или менее последовательно способствующее адаптации человека в обществе и создающее условия для его обособления в соответствии со спецификой целей групп и организаций, в которых оно осуществляется (см. **Воспитательные организации, Воспитание семейное**). Воспитательные мероприятия направлены на то, чтобы помочь человеку более полно и адекватно подготовиться к самостоятельной жизни и к всестороннему участию в жизни общества. Употребляется в нескольких значениях, фиксирующих совокупность стоящих перед воспитанием задач для формирования:

- черт характера, необходимых всякому человеку как активному, деятельному субъекту, например силы воли, целеустремленности, самообладания и пр.;
- личностных качеств, определяющих нравственно-этическую позицию человека и направленность его социального поведения, таких как гражданственность, ответственность, совесть и пр.;
- навыков повседневного поведения, соответствующих требованиям разного рода общепринятых норм и традиций;
- готовности достигать частных и групповых интересов, сообразуясь с требованиями морали и законами общества.

**Воспитание семейное** – более или менее осознаваемые усилия по возвращению ребенка, предпринимаемые старшими членами семьи, направленные на то, чтобы младшие члены семьи соответствовали имеющимся у старших представлениям о том, каким должен быть и стать ребенок, подросток, юноша (см. **Воспитание**).

**Восстановительная терапия** – см. **Восстановительное лечение**.

**Восстановительное обучение** – один из методов нейропсихологической реабилитации, представляет собой специально организованный процесс для восстановления нарушенных психических функций, таких как речь, восприятие, чтение, письмо и др. Задачами восстановительного обучения являются: восстановление психической деятельности больного человека в целом (а не восстановление изолированных высших психических функций);



восстановление личности пациента и его жизнедеятельности, социального и личностного статуса; восстановление не изолированных частных умений и навыков, а полноценной функции как психической деятельности; максимально полное восстановление психических функций, а не приспособление к дефекту; возвращение больного человека или инвалида в социальную среду. См. также **Психофизиологические принципы восстановительного обучения, Психологические принципы восстановительного обучения, Психолого-педагогические принципы восстановительного обучения.**

**Восстановительное лечение (восстановительная терапия)** – комплекс лечебных мероприятий, направленных на максимальную стабилизацию заболевания, восстановление нарушенных функций поврежденных органов и систем, повышение компенсаторных возможностей организма больного, вторичную профилактику заболеваний и их осложнений, восстановление или улучшение трудовых функций или возвращение дееспособности. Восстановительная терапия проводится на этапе выздоровления или ремиссии. Термин восстановительное лечение более приемлем для лиц, у которых после проведения комплекса лечебных мероприятий не прогнозируется определение инвалидности. Восстановительная терапия является одним из направлений медицинского аспекта реабилитации и включает медикаментозное лечение, физические, механические методы, лечение средствами народной медицины, диетическое питание, трудотерапию, логопедическую помощь, санитарно-курортное лечение с использованием природных факторов и т. д.

**Восстановление высших психических функций** – раздел нейропсихологии, где изучаются механизмы и методы восстановления высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений головного мозга. На основе представлений об общественно-исторической природе формирования высших психических функций и их системной нейропсихологической организации выдвинуто положение о возможности восстановления пострадавших психических функций за счет перестройки функциональных систем, обуславливающих реализацию этих психических функций. В работах А. Р. Лурии и его учеников были раскрыты механизмы восстановления высших психических функций. Прежде всего это – перевод процесса на высший, осознанный уровень; замена выпавшего звена функциональной системы новым. Сформулирован ряд принципов восстановительного обучения:

нейропсихологическая «квалификация» дефекта, опора на сохранные формы деятельности, внешнее программирование восстанавливаемой функции. Практика лечения, в том числе раненых во время Великой Отечественной войны, – восстановление речевых, гностических, интеллектуальных, двигательных функций – показала эффективность этих представлений. В дальнейшем произошло соединение нейропсихологических методов восстановления с медикаментозными и социально-реабилитационными.

- **Восстановление функций путем растормаживания** – коррекция симпатической проводимости путем фармакологического влияния на медиаторный обмен, что выводит соответствующие отделы коры из состояния инактивации, способствует проводимости нервных импульсов и обеспечивает нормальную работу нейронных компонентов.
- **Восстановление функций путем викарриата** – восстановление временно угнетенных функций путем их перемещения в сохранные отделы больших полушарий, что основывается на повышенной возбудимости участков нервной ткани, расположенной вблизи очага поражения и способность их брать на себя функции пораженного участка.
- **Восстановление за счет перестройки функциональных систем** – метод длительного специального восстановительного обучения, используется при невозможности восстановить утраченную функцию в прежнем виде путем растормаживания или перенесения в другое полушарие. Коренная перестройка функциональной системы происходит либо на основе включения сохранных звеньев нарушенной системы (внутрисистемная перестройка), либо путем включения в функциональную систему новых звеньев взамен утраченных (межсистемная перестройка).
- **Спонтанное восстановление высших психических функций** происходит постепенно по мере обратного развития заболевания в результате очагового поражения мозга без специально организованных для этой цели мероприятий. Однако не следует при этом говорить о спонтанном полноценном восстановлении высших психических функций, речь, скорее, идет о спонтанных

компенсаторных перестройках как защитных механизмах.

**Врачебная тайна** – информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении – все эти сведения составляют врачебную тайну. Пациенту должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

**Врачевание незаконное** – занятие врачеванием как профессией лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования или не зарегистрированным в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Вред моральный** – нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловую репутацию, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайны и т. д.), или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и другие неимущественные права в соответствии с законом об охране прав на результаты интеллектуальной деятельности), либо нарушающие имущественные права гражданина.

**Вредная привычка** – привычка к употреблению алкоголя, наркотиков, токсических веществ, курению, использованию нецензурных выражений, отрицательно влияющая на здоровье.

**Временный уход** – форма ухода, предусматривающая кратковременное обслуживание больных, проживающих в определенном районе, с тем чтобы лица, ухаживающие за ними постоянно, могли получить отдых. Такой уход может быть обеспечен на дому или в учреждении.

**Врожденные болезни** – группа заболеваний и патологических состояний, возникновение которых связано с нарушением процессов развития организма на различных этапах его формирования в антенатальном периоде (см. **Антенатальная патология**). Делятся на две группы: наследственные (см. **Наследственные болезни**) и ненаследственные. Последние связаны с влиянием неблагоприятных факторов внутренней и окружающей среды – физических, химических, биологических, действующих на протяжении беременности. Наиболее выражено их влияние сказывается в особые периоды, которые получили название критических. К ним относятся период имплантации (7 – 12-й день беременности), период

образования зачатков органов (3-я – 6-я недели), период формирования плаценты (3-й месяц беременности). Предупреждение рождения ребенка с врожденной патологией включает устранение действий неблагоприятных факторов, которые могут ее вызвать, проведение медико-генетического консультирования. Необходимо полное обследование новорожденного с целью раннего выявления и коррекции нарушений.

**Врожденные пороки** – см. **Пороки развития**.

**Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)** – международная специализированная организация, входящая в состав Организации Объединенных Наций, обеспечивающая сотрудничество разных стран в области охраны здоровья народов мира. Основные функции – руководство и координация международной деятельности по развитию служб здравоохранения, оказанию технической и научно-консультативной помощи развивающимся странам в создании национального здравоохранения, поощрение и развитие работы по борьбе с заболеваемостью и смертностью населения, охране материнства и детства, подготовке медицинских кадров, предоставлению широкой информации для медицинских работников и населению в области здравоохранения и медицины. Устанавливает международные стандарты на пищевые продукты, лекарственные препараты, пересматривает каждые 10 лет международную классификацию болезней, проводит международные конференции, организует деятельность комитетов экспертов, международные группы по повышению квалификации медицинских работников. Руководящим органом является Всемирная ассамблея здравоохранения (ВАЗ), созываемая один раз в год; постоянно действуют исполнительный комитет, комитеты экспертов, региональные комитеты; штаб-квартира находится в Женеве.

**Вспомогательная школа** – специальное образовательное учреждение для умственно отсталых детей. В России вспомогательные школы относятся к государственным общеобразовательным учебным заведениям. Основной тип вспомогательных школ – школы-интернаты, в которых обучаются преимущественно дети, страдающие олигофренией в степени дебильности. Дети направляются во вспомогательные школы на основании заключения медико-педагогической комиссии.

**Вызванные потенциалы (ВП)** – форма биоэлектрической активности мозга, электрические колебания системного характера, возникающие в нервных структурах в ответ на раздражение рецепторов. Характеристиками вызванных потенциалов являются

латентный период, полярность, форма и поведение при разного рода воздействиях. Первоначально выступали как основа для анализа реакций мозга на внешние стимулы, в дальнейшем стали использоваться и для анализа внутренне обусловленных нервных процессов. На основании данных, полученных с помощью этого метода, строятся гипотезы относительно восприятия, внимания, интеллекта, функциональной асимметрии мозга и индивидуально психофизиологической дифференциации. В частности, могут быть зафиксированы биоэлектрические колебания, связанные с активностью двигательной коры (моторный потенциал), с окончанием движения, с состоянием намерения произвести какое-либо действие (Е-волна), пропуска ожидаемого стимула. Форма, амплитуда и латентный период колебаний вызванных потенциалов обусловлены местом локализации регистрирующего электрода, модальностью и интенсивностью стимула, состоянием и индивидуальными особенностями индивида.

**Выплаты компенсационные** – выплаты (социальные пособия) следующим категориям граждан:

- работникам, попавшим под сокращение при ликвидации на предприятии штатной должности;
- работникам, лишившимся работы при ликвидации предприятия;
- пенсионерам в качестве дополнительного пособия к пенсии;
- родителям, имеющим детей до 16 лет;
- учащимся до 18 лет в случае потери кормильца.

**Выплаты социальные** – безвозмездные выплаты безработным гражданам Управлением службы занятости населения:

- пособия по безработице;
- оказание одноразовой материальной помощи;
- выплата стипендии на время обучения (переобучения) (см. выплаты компенсационные).

**Выслуга лет** – срок трудовой деятельности, превышающий установленный Законом и дающий право выхода на пенсию до достижения пенсионного возраста.

**Высшая нервная деятельность (ВНД)** – нейрофизиологические процессы, проходящие в коре больших полушарий головного мозга и ближайших к ней подкорковых структур и обуславливающие осуществление психических функций. В качестве единицы анализа высшей нервной деятельности выступает рефлекс, посредством которого происходит реагирование организма

на воздействия окружающего мира. Основными механизмами работы являются нервные процессы возбуждения, за счет которого могут образовываться и функционировать новые временные связи и торможение, которое может обуславливать угасание условного рефлекса, если условный раздражитель не подкрепляется безусловным. Формирование и угасание временных связей происходит в коре больших полушарий головного мозга, а нервные центры важнейших безусловных рефлексов локализованы в подкорковых отделах мозга, за счет которых достигается высокий уровень активности нервных клеток коры больших полушарий. Выделяют следующие механизмы высшей нервной деятельности:

- образование новых временных связей при подкреплении нейтрального раздражителя безусловным;
- угасание временных связей при отсутствии подкрепления условного раздражителя безусловным;
- иррадиация и концентрация нервных процессов;
- взаимная индукция нервных процессов;
- формирование динамических стереотипов, представляющих собой сложные динамические системы рефлексов.

**Высшие психические функции** – теоретический конструкт, призванный объяснить качественное своеобразие человеческой психики; сложные, прижизненно формирующиеся системные психические процессы, социальные по своему происхождению. По представлениям Л. С. Выговского, психические явления могут быть «натуральными», детерминированными преимущественно генетическим фактором, и «культурными», надстроенными над первыми, собственно высшими психическими функциями, которые всецело формируются под влиянием социальных воздействий. Основным признаком высших психических функций является их опосредованность определенными «психологическими орудиями», знаками, возникшими в результате длительного общественно-исторического развития человечества, к которым относится прежде всего речь. Психофизиологическим коррелятом формирования высших психических функций выступают сложные функциональные системы, имеющие вертикальную (корково-подкорковую) и горизонтальную (корково-корковую) организацию. Но каждая высшая психическая функция жестко не привязана к какому-либо одному мозговому центру, а является результатом системной деятельности мозга, в которой различные мозговые структуры делают более или

менее специфический вклад в построение данной функции. Первоначально высшая психическая функция реализуется как форма взаимодействия людей, взрослого и ребенка, как интерпсихический процесс, и лишь затем - как внутренний, интрапсихический. При этом внешние средства, опосредствующие это взаимодействие, переходят во внутренние, т. е. происходит их интериоризация. Если на первых этапах формирования высшей психической функции она представляет собой развернутую форму предметной деятельности, опирается на относительно простые сенсорные и моторные процессы, то в дальнейшем действия свертываются, становясь автоматизированными умственными действиями.

**Вязкость** – см. **Ригидность**.

## Г

**Гальванотерапия** – применение с лечебной целью постоянного непрерывного (гальванического) тока невысокого напряжения (30-80 В) и небольшой силы (до 50 мА); один из наиболее широко применяемых методов электролечения; назван по имени итальянского врача Л. Гальвани. Гальванический ток, раздражая рецепторы кожи, вызывает не только местную (покраснение кожи под электродами, изменение ее чувствительности и др.), но и общую реакцию организма: стимулирует регуляторную и трофическую функции нервной системы, ускоряет процессы регенерации, улучшает кровообращение и лимфоотток, нормализует и стимулирует функции эндокринной системы и др.; в практике широко используется в сочетании с лекарственными веществами (см. **Электрофорез**).

**Галлюцинация** – восприятия, переживаемые при отсутствии какой бы то ни было внешней стимуляции; восприятие реально отсутствующих предметов, субъективно признаваемое реальными. Патологическое нарушение перцептивной деятельности, состоящее в восприятии объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответственные органы чувств. Возникает обычно при различных психических расстройствах, в стрессовых ситуациях, а также во время длительной сенсорной изоляции вследствие непроизвольного, не зависящего от субъекта проецирования образов вовне и локализации их в пространстве и времени, что ведет к переживанию этих спонтанно возникших в сознании образов как объективной реальности.

**Гарденотерапия** – особое направление психосоциальной, педагогической и профессиональной реабилитации при помощи приобщения к работе с декоративными растениями, отличается от агротерапии, последняя использует выращивание овощных и плодовых культур, нередко при этом применяется последующая их переработка. Такая деятельность напрямую связана с положительным терапевтическим воздействием земли и растений. Используется при коррекции поведенческих и эмоциональных расстройств, в восстановительном периоде после перенесенных заболеваний, в рамках социально-бытовой адаптации. Гарденотерапию можно применять интегративно с использованием музыка-, изо-, библиотерапии, фотографии, дизайна, оригами. Использование гарденотерапии в реабилитации дает положительные результаты и в силу того, что продукт деятельности имеет конкретный наглядный результат, который находится в прямой зависимости от усилий, вложенных инвалидом в свой труд.

**Гармоничный образ жизни** – осознанно и самостоятельно строящаяся человеком система адаптивно необходимых интересов и видов деятельности, позволяющих поддерживать физическое, психическое, социальное и духовное здоровье и успешно реализовать свое жизненное предназначение. Другими словами, это оптимально организованный человеком процесс жизнедеятельности, способствующей сохранению здоровья, личностному росту и творческому функционированию.

**Гематология** – раздел медицины, изучающий строение и функции системы крови (самой крови, органов кроветворения и кроверазрушения), причины и механизмы развития болезней крови и разрабатывающий методы их распознавания, лечения и профилактики.

**Гемианопсия** – выпадение одной из половин поля зрения в обоих глазах, причиной которого является заболевание зрительных путей центрального конца зрительного нерва (сзади от хиазмы). При гемианопсии отмечается выраженная патология зрительного восприятия. При поражении левой половины зрительных путей человек лишается возможности обозревать правую половину поля зрения. При заболевании зрительных путей с правой стороны человек не в состоянии видеть левую половину поля зрения. Гемианопсия обычно сопровождается нарушением пространственного зрения.

**Гемибаллизм** – см. **Гиперкинез**.

**Гемипарез** (от греч. *hēkēmi* – полу-, половинный, односторонний и *parēsis* – ослабление) – неполный паралич,



ослабление произвольных движений одной половины тела (см. **Гемиплегия**).

**Гемиплегия** (от греч. *hkiemí* – полу-, половинный, односторонний и *plkgk* – удар, поражение) – паралич мышц одной половины тела; односторонняя утрата произвольной подвижности, паралич мышц одной половины тела. В основе гемиплегии, как правило, лежит поражение противоположных участков головного мозга вследствие воспалений (энцефалит), опухолей, травм, а также нарушений мозгового кровообращения. Нерезко выраженная гемиплегия – гемипарез. Двойная гемиплегия – поражение всего тела.

**Гериатрическая служба** – комплексная система медицинской, психологической и социально-бытовой помощи населению старше трудоспособного возраста.

**Гериатрический центр** – учреждение, предназначенное для оказания специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста и лицам с признаками преждевременного старения организма, а также для обеспечения организационно-методического руководства деятельностью медицинских, медико-социальных учреждений и специалистов по вопросам оказания гериатрической помощи. В задачи гериатрического центра входит:

- мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп и потребности их в медицинской и медико-социальной помощи;
- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в общей лечебной сети гериатрических и медико-социальных учреждений и подразделений по оказанию лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения;
- мониторинг выполнения государственных гарантий, в том числе льгот по медицинскому и лекарственному обеспечению, отдельным видам протезирования;
- участие в разработке региональных и территориальных программ по совершенствованию медицинской помощи и лекарственного обеспечения указанных категорий граждан;
- оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп;

- подбор адекватных лекарственных и немедикаментозных методов лечения в различных возрастных группах;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации, адаптированных к применению у пожилых лиц;
- проведение санитарно-просветительской работы, содействие в социально-психологической адаптации пожилых граждан и обучении навыкам ухода за ними;
- оказание организационно-методической и практической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и специалистам по вопросам гериатрии.

**Геронтология** – наука, изучающая процессы старения, а также его отдельные аспекты: биологические, психологические, социальные, медицинские, гигиенические и экономические.

**Гигиена** – специальная наука о сохранении и укреплении здоровья людей. Цель гигиены – изучение влияния условий жизни и труда на организм человека, разработка мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, обеспечение оптимальных условий для его существования и продления жизни.

**Гидрофтальм** – один из видов врожденной глаукомы, сопровождающийся высоким давлением в глазу, ведущим к атрофии нервных волокон и обуславливающим падение зрения вплоть до слепоты.

**Гимнастика** – система физических упражнений, составленная из различных комбинаций движений с регламентированной амплитудой, скоростью, темпом, дозированным мышечным напряжением.

**Гимнастика для детей с болезнью Дауна** – комплекс специально подобранных упражнений для развития жизненной активности детей-инвалидов с болезнью Дауна. Особенностью таких детей является то, что они со значительным опозданием усваивают необходимые для жизнеобеспечения навыки, для овладения этими навыками им требуется гораздо большее время. С самого раннего детства с такими детьми необходимо начинать использовать комплекс специально разработанных упражнений; приведем наиболее популярные и простые из них:

- малыша надо чаще держать на руках, по несколько раз в день растирать его тело, гладить его, похлопывать и переворачивать;

- раздетого ребенка периодически выкладывают на одеяло из грубой ткани или «хрустящую» бумагу для того, чтобы он смог получать больше тактильных и слуховых стимулов;
- ребенка, находящегося в манеже или кроватке, как можно чаще подвигают к стенке так, чтобы он смог опираться ступнями в стену, что дает ему возможность отталкиваться от стены;
- по несколько раз в день ребенка необходимо выкладывать на живот, удерживая перед его глазами яркий предмет, что служит тренировкой для мышц шеи и способствует развитию возможности самостоятельно поднимать и удерживать головку;
- поощрять ребенка вытягиваться, выгибать спину, сгибать и разгибать ноги; упражнение целесообразно выполнять под музыку;
- чаще малыша раскачивать, кружить, осторожно подкидывать;
- для развития ползания имитировать этот процесс при купании; под грудь и живот ребенка подкладывают свернутое валиком одеяло мягкий резиновый коврик так, чтобы, лежа в ванной, ребенок мог свободно болтать руками и ногами;
- игры и занятия лучше проводить, сидя на полу, тогда ребенок сможет для достижения своих целей опираться на ноги взрослого, залезать ему на колени, садиться «верхом» и т. д.

**Гимнастика лечебная** – основная форма лечебной физкультуры, состоящая из комплекса упражнений, обеспечивающих расширение режима двигательной (физической) активности больного и предусматривающих постепенное увеличение объема тренирующих и бытовых нагрузок.

**Гиперактивность (двигательная расторможенность)** – пограничное нервно-психическое расстройство, проявляющееся в импульсивности, неусидчивости, отвлекаемости.

**Гиперактивность детская** – отклонение от возрастных норм онтогенетического развития, характерное невнимательностью, отвлекаемостью, импульсивностью в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, повышенной активностью при нормальном уровне интеллектуального развития. Все это приводит к слабой успеваемости в школе и низкой самооценке. Первые признаки

гиперактивности могут наблюдаться в возрасте до 7 лет. Причинами ее появления могут быть:

- органические поражения центральной нервной системы – перинатальная гипоксия, нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы;
- генетические факторы, приводящие к дисфункции нейромедиаторных систем головного мозга и к нарушениям регуляции внимания, активационного и тормозного контроля.

**Гиперестезия** – повышенная чувствительность к обычным внешним раздражителям (непереносимость яркого света, громкого звука, резких запахов).

**Гиперестезия эмоциональная** – непереносимость даже незначительных эмоциональных нагрузок.

**Гиперкинез** (от греч. hyper – много, в избытке и kinesis – движение) – физиологически нецелесообразные насильственные движения; чрезмерные насильственные произвольные движения, возникающие при органических и функциональных нарушениях центральной нервной системы (преимущественно при поражении подкорковых образований). Развиваются при воспалительных заболеваниях головного мозга, его сосудистых поражениях (инсульт), паркинсонизме, черепно-мозговой травме, детских церебральных параличах (вследствие билирубиновой энцефалопатии, ядерной желтухи), опухолях головного мозга, интоксикациях, наследственных заболеваниях нервной системы; часто сочетаются с изменением мышечного тонуса (см. **Спазм, Тонус**). Происхождение, механизмы развития и клинические формы гиперкинезов различны, поэтому объединение их в одну группу нарушения движений является в известной мере условным и обозначается обширная группа двигательных расстройств, среди которых:

- **судороги** – кратковременные (клонические) или длительные (тонические) сокращения отдельных мышц или группы мышц, вследствие которых возникают произвольные движения (см. **Судороги**);
- **хореический гиперкинез** – быстрые, беспорядочные подергивания в различных частях тела, могут напоминать произвольные движения, так как в процесс вовлекаются синергичные мышцы;
- **атетоз** – медленные, тонические «червеобразные» движения преимущественно в дистальных отделах конечностей (чаще в кистях рук) (см. **Атетоз**);

- **торсионный спазм (торсионная дистония)** – аналогичные атетозу непроизвольные сокращения в мышцах проксимальных отделов конечностей и в мышцах туловища;
- **миоклония** – беспорядочные, быстрые, очень кратковременные клонические сокращения отдельных мышц или группы мышц;
- **тики** – стереотипные непроизвольные движения в форме подергивания век, лицевой мускулатуры, плеч и др. (см. **Тик**);
- **гемибаллизм (баллизм)** – непроизвольные, насильственные размашистые и бросковые движения одноименных конечностей с одной или двух сторон (см. **Баллизм**);
- **спастическая кривошея** – судорожные сокращения мускулатуры шеи, голова повернута в сторону и наклонена к плечу; нередко выступает в качестве локального проявления торсионной дистонии;
- **писчий спазм (графоспазм)** – судорожное сокращение в пальцах кисти, появляющееся во время письма;
- **профессиональные судороги** – спазм мышц, участвующих в определенных профессиональных движениях, наблюдается у скрипачей, пианистов, машинисток и т. д.;
- **блефароспазм** – судорожные сокращения круговой мышцы глаза, проявляется частым миганием, возникает пароксизмально;
- **икота** – клонические судороги диафрагмы, проявляется быстрыми громкими дыхательными движениями, обусловлена патологическими процессами в оболочках или веществе головного мозга или интоксикацией;
- **лицевой геми-, параспазм** – периодически повторяющиеся судороги мышц половины лица / симметричные судороги лицевых мышц.

**Гиперконтроль** – см. **Тревожный гиперконтроль**.

**Гиперопека** – система отношений в семье, при которой ребенка чрезмерно опекают и контролируют, не предоставляют ему достаточной свободы.

**Гиперпатия** – клиническое нарушение, характеризуется повышением чувствительности к действию на органы чувств

физических стимулов, когда на обычно безвредные раздражители возникают боль и другие неприятные ощущения (зуд, тяжесть).

**Гиперсоциальность** – стремление максимально соответствовать социальным нормам и требованиям.

**Гипертичный тип** – психотип, характеризующийся повышенной активностью, общительностью, низкой чувствительностью, слабым самоконтролем.

**Гипертонус (спастичность)** – повышенный мышечный тонус.

**Гипноз** (от греч. *hupnos* – сон) – временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с функцией индивидуального контроля и самосознания. Используется специалистом как метод психотерапии (см. **Психотерапия**) или достигается человеком самостоятельно при занятиях психофизической саморегуляции.

**Гиподинамия** (греч. *huro* – мало, недостаточно и *dynamis* – сила) – ограничение двигательной активности, обусловленное особенностями образа жизни, профессиональной деятельности, длительным постельным режимом, пребыванием человека в условиях невесомости; отрицательно воздействует не только на мышцы, но и на многие органы и физиологические системы. Мышечная работа относится к физиологически важным элементам нормальной жизнедеятельности, она оказывает влияние на костно-суставной аппарат, кровообращение, дыхание, обмен веществ, эндокринное равновесие, на деятельность нервной системы. Поэтому адекватный уровень двигательной активности гармонично формирует организм в анатомическом и функциональном отношении, во многом определяет устойчивость к неблагоприятным условиям окружающей среды и болезнетворным агентам.

Гиподинамия приводит к снижению функциональных возможностей мышечной системы. В условиях ограничения мышечной активности происходит детренированность сердечно-сосудистой системы, нарушение минерального обмена, развивается остеопороз, возникает астенический синдром, проявляющийся быстрой утомляемостью и эмоциональной неустойчивостью, задерживает формирование организма и ускоряет его старение. Большинство нарушений, возникших из-за недостаточной мышечной активности, обратимы при восполнении ее дефицита.

**Гипоксия** – кислородное голодание организма.

**Гипомания (гипоманиакальное состояние)** – патологическое возбуждение, сверхвысокая активность, эйфория (приподнятое, возбужденное состояние).

**Гипомнезия (ослабление памяти)** – ослабление памяти, может иметь различное происхождение; может быть связана с возрастными изменениями, либо быть врожденной, либо появиться как следствие какого-либо мозгового заболевания (склероза мозговых сосудов и др.). Для таких больных, как правило, характерно ослабление всех видов памяти.

**Гипоплазия** (греч. *hupo* – мало, недостаточно и *plasis* – формирование, образование) – врожденное недоразвитие ткани, органа, части тела; причиной могут быть различные факторы, влияющие на развитие плода (болезни матери, гипоксия, нарушение питания, алкогольная интоксикация и др. (см. **Пороки развития**)).

**Гипоталамус** – подкорковая структура мозга, входящая в комплекс диэнцефальных структур мозга, расположена ниже таламуса. Полифункциональная структура, реализующая свои влияния через вегетативную и эндокринную нервными системами гуморальным путем и через обширные связи с другими образованиями головного мозга. Играет важную роль в обеспечении метаболических и вегетативных процессов, мотиваций, эмоций и мнестической деятельности.

**Гипоталамус** – понижение мышечного тонуса.

**Глаукома** – заболевание, сопровождающееся повышением внутриглазного давления, глубокими нарушениями центрального зрения и сужением поля зрения. Она имеет прогрессирующий характер и может привести к слепоте. Для предупреждения слепоты необходима ранняя диагностика и проведение лечебных мероприятий.

**Глинотерапия** – эффективный способ реабилитации, сочетающий комплекс медицинских, валеологических, эстетических, креативных компонентов, имеющий в своей основе работу с пластическими материалами (глиной, пластилином, тестом и др.).

**Глухие дети** – дети, страдающие полным отсутствием слуха и вследствие этого неспособные к самостоятельному овладению речью. Полная (тотальная) глухота встречается довольно редко; обычно сохраняется так называемый остаточный слух, позволяющий воспринимать очень громкие, резкие и низкие звуки, чего, однако, недостаточно для восприятия речи. В результате специальных мероприятий по развитию и использованию остаточного слуха значительно повышаются возможности детей в овладении устной речью. Потеря слуха, наступившая до овладения ребенком речью, при отсутствии специального обучения приводит к глухонемоте (см. **Оглохшие дети**).

**Глухонемота** – сочетание тяжелого слухового дефекта и связанного с ним отсутствия речи. В исключительно редких случаях глухонемота, обусловлена сочетанием отсутствия (или тяжелого нарушения) слуха и поражения речедвигательного аппарата. В подавляющем же большинстве случаев глухонемота возникает в связи с врожденным или рано приобретенным слуховым дефектом, когда без специального обучения (даже при сохранности речедвигательного аппарата) ребенок оказывается неспособным к освоению устной речи (не слыша речи окружающих, он не может подражать ей) (см. **Глухие дети, Слепоглухонемота**).

**Гностические расстройства** – см. **Нарушение высших психических функций**.

**Гнозис** (от греч. gnosis – познание, знание) – способность познавать или узнавать окружающий мир, в частности, различные предметы окружающего мира, используя информацию от различных корковых анализаторов. В каждый момент нашей жизни анализаторные системы снабжают мозг информацией о состоянии внешней среды, о предметах, звуках, запахах, окружающих нас, о положении нашего тела в пространстве, что дает нам возможность адекватно воспринимать себя относительно окружающего мира и правильно реагировать на все изменения, происходящие вокруг нас. Узнавание является сложной функцией отдельных анализаторов, оно вырабатывается в процессе индивидуального опыта (по типу условных рефлексов), а полученная информация закрепляется (функция памяти). Различают слуховой гнозис, слухомоторные координации, сомато-сенсорный гнозис, зрительный гнозис, стереотаксический гнозис. Расстройства узнавания называют агнозией (см. **Агнозия, Нарушения высших психических функций**).

**Головная боль (цефалгия)** – самый частый вид недомогания. Структурами, непосредственно ответственными за возникновение цефалгий, служат отдельные участки твердой мозговой оболочки (базальная зона, стенки больших венозных пазух), артерии основания мозга и экстракраниальные артерии, ткани, покрывающие череп, некоторые краниальные нервы и шейные корешки. Цефалгический синдром полиэтиологичен и, в большинстве случаев, носит симптоматический характер. Основными факторами, вызывающими боль, являются: воспаление, вовлекающее чувствительные к боли структуры головы; отраженные боли; раздражение мозговых оболочек; натяжение или расширение кровеносных сосудов; давление на чувствительные к боли структуры или их растяжение, вызванное



опухолями или другими повреждениями; психологические факторы, при которых боль реализуется через напряжение мышц скальпа и шеи.

- **Боли при заболевании костей** черепа развиваются обычно на фоне гнойных процессов в среднем ухе и придаточных пазухах.
- **Невралгии** – пароксизмальная (приступообразная) боль; может быть проявлением невралгии тройничного нерва, следствием неправильного прикуса, шейного спондилеза и т. д.
- **Отраженные боли** – боли, возникающие при заболевании внутренних органов, несоординированности остроты зрения, глаукоме, заболеваниях среднего уха, придаточных пазух, зубов, глотки и языка, при нарушении проходимости носовой полости.
- **Головная боль сосудистой природы** – пароксизмальная пульсирующая боль; может наблюдаться у больных со злокачественной артериальной гипертензией.
- **Головные боли при токсических состояниях** – боли, возникающие при тяжелых интоксикациях, алкогольных эксцессах, употреблении наркотиков, уремии, энцефалите; обусловлены, вероятно, изменением калибра и проницаемости краниальных сосудов. Это могут быть похмельные головные боли, боли после употребления нитритов, чрезмерного употребления кофе, боли на высоте коитуса, при употреблении сыра или красного вина, во время лечения ингибиторами MAO, боль при питье ледяной воды или при употреблении мороженого.
- **Головные боли при внутричерепных объемных процессах** возникают, в частности, при опухолях головного мозга.
- **Головная боль вследствие травмы** – постоянный симптом травмы головного мозга, может носить пароксизмальный характер, усиливаться при шуме, волнении, физической нагрузке, приеме алкоголя, поворотах головы; сопровождается легкой возбудимостью, нервозностью, головокружением.
- **Кашилевая головная боль** – кратковременная, но очень сильная, в большинстве случаев носит доброкачественный характер и проходит спонтанно.

- **Психогенная головная боль (головные боли напряжения)** – типична для больных невротами и психозами, наиболее распространенное ощущение – давление на темя; длительная и тупая по характеру лобно-теменной и (или) затылочной локализации; может быть постоянной, но чаще возникает в конце дня, у больных с депрессией обычно возникает при пробуждении. Самый частый вариант цефалгического синдрома, нередко обладает резистентностью ко всем анальгетикам.

**Голосовые реакции** – совокупность разнообразных по высоте, силе и тембру звуков, издаваемых при помощи органов речи. Они служат для выражения мыслей, чувств (речь, плач) или являются следствием рефлекторных движений мышц гортани (крик, кашель).

**Гомеопатия** – медицинская доктрина, утверждающая, что болезни можно лечить ничтожно малыми дозами тех веществ, которые в больших дозах вызывают симптомы, сходные с признаками данной болезни; подходит к болезни как к индивидуальной реакции больного на повреждающий фактор; разработана немецким врачом Ганеманом на рубеже XVIII – XIX вв. По его представлению, гомеопатическим средством может быть любое вещество минерального, растительного или животного происхождения, действие которого на организм изучено на здоровом человеке. Изложенные в его трудах основные принципы не потеряли актуальности для современной гомеопатии. Задача врача-гомеопата подобрать наиболее подходящее данному больному лекарство и уровень его концентрации, причем наименьшие «деления лекарств» применяют, воздействуя на первый уровень болезни, наибольшее – на третий, учитывая, что одно лекарство может действовать на «мишени» разных уровней. Первый уровень болезни – морфологический (изменения органов и тканей), второй уровень – функциональные нарушения, третий уровень – конституционный (соматические и психические особенности, оказывающие влияние на течение болезни).

**Гомеостаз** (от греч. *homoiosis* – подобие и *stasis* – слияние) – совокупность сложных приспособительных реакций организма, направленных на устранение или ограничение действия различных факторов, нарушающих относительно динамическое постоянное внутреннее состояние организма человека или его психического состояния при изменяющихся внешних воздействиях. Обеспечивается адаптацией и компенсацией.

**Госпитализм** – синдром психической и физической отсталости, возникающий в первые годы жизни ребенка вследствие дефицита общения с близкими взрослыми, в частности, в результате отделения младенца от матери и его ранней институализации, помещения в детское учреждение (дом ребенка, больницу и т. п.), а также обеднение эмоционально-волевых качеств личности и углубление социальной пассивности, которое возникает при длительном нахождении человека в условиях социальной депривации (стационаре, интернате). Пациенты боятся выйти из этих учреждений в обычную жизнь, не могут найти свое место среди «здоровых», опасаются встречи с трудностями и неизвестностью. Накладывает отпечаток на все сферы формирующейся личности ребенка, тормозя его интеллектуальное и эмоциональное развитие, разрушая физическое благополучие. Проявления госпитализма: запоздалое развитие движений, особенно ходьбы, резкое отставание в овладении речью, эмоциональная обедненность, бессмысленные движения навязчивого характера (раскачивание тела и т. п.), а также низкие антропометрические показатели, рахит и др. В особо тяжелых случаях госпитализм приводит к психическим заболеваниям (младенческие маразмы), возрастанию частоты инфекционных заболеваний, а иногда и к смерти. Госпитализм может возникнуть не только в домах ребенка, но и в семьях малоэмоциональных, у холодных матерей, не уделяющих ребенку требуемого внимания (см. **Дефицит общения**).

Развитию госпитализма сопутствуют:

- монотонный образ жизни,
- ограниченность связей с внешним миром,
- бедность впечатлений,
- скученность, недостаток жизненного пространства,
- скудость выбора занятий,
- зависимость от персонала, отсутствие интимного уюта,
- регламентированность деятельности учреждения.

Для противодействия госпитализму в стационарных учреждениях должны применяться технологии терапии средой и терапия занятостью (см. **Терапевтическая среда**).

**Государственная политика в отношении ветеранов** – государственная политика в отношении ветеранов предусматривает:

- создание государственной службы по делам ветеранов;
- разработку и исполнение целевых государственных и местных программ по социальной защите ветеранов,

обеспечивающих реализацию прав и льгот, установленных настоящим Федеральным законом и иными нормативными правовыми актами для ветеранов и членов их семей;

- выделение из федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов средств, необходимых для реализации указанных программ;
- целенаправленную пропаганду с использованием средств массовой информации важности добросовестной военной службы и трудовой деятельности, престижа государственных наград за ратные и трудовые подвиги (ст. 8 Федерального закона «О ветеранах»).

**Государственная служба медико-социальной экспертизы** – служба, входящая в систему органов социальной защиты населения РФ. В ее структуру входят бюро медико-социальной экспертизы (см.) и главное бюро медико-социальной экспертизы. На нее возлагаются следующие функции:

- определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалидов в различных видах социальной защиты;
- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов, содействие в реализации мероприятий социальной защиты инвалидов, включая их реабилитацию, и оценка эффективности этих мероприятий;
- разработка программ реабилитации пострадавшего на производстве;
- изучение уровня и причин инвалидности населения;
- формирование данных государственной системы учета инвалидов, изучение состояния, динамики инвалидности и факторов, к ней приводящих;
- участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;
- определение причин смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего.

**Государственная служба реабилитации инвалидов** – система учреждений, принадлежащих разным ведомствам и оказывающим реабилитационные услуги. В нее входят:

- учреждения социальной защиты населения: многопрофильный реабилитационный центр; дома-интернаты реабилитационного типа; специализированные учебные заведения начального и среднего профессионального образования; центры профессиональной реабилитации; специализированные центры медико-социальной реабилитации инвалидов; отделения реабилитации в центрах социального обслуживания; санатории для инвалидов;
- центры профессиональной реабилитации инвалидов; многопрофильные центры социального обслуживания с отделениями социальной реабилитации; пансионаты временного пребывания с комплексом услуг по медико-социальной реабилитации; специальные жилые дома для пожилых и инвалидов с комплексом услуг по медико-социальной реабилитации;
- учреждения здравоохранения: больницы и поликлиники (общие и специализированные) восстановительного лечения; центры медицинской реабилитации (обычные, специализированные, многопрофильные); отделения восстановительного лечения (медицинской реабилитации) в больницах, диспансерах, санаториях;
- учреждения образования: учебные заведения начального и среднего профессионального образования; учебно-воспитательные комплексы; школы (общие и специализированные); гимназии; колледжи; детские центры медико-психолого-педагогической реабилитации, детские дошкольные учреждения;
- учреждения службы занятости: центры профессиональной реабилитации инвалидов; методологический центр профориентации и трудоустройства инвалидов; отделения профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов;

- учреждения сферы досуга и культуры: библиотеки, школы искусств, клубные учреждения и др.;
- учреждения физкультуры и спорта: спортивные клубы, комплексы, стадионы и др.

**Государственное социальное обеспечение** – государственная система материального обеспечения и обслуживания граждан РФ в старости, в случае болезни, полной или частичной потери трудоспособности, потери кормильца, а также семей, в которых есть дети. Основными видами социального обеспечения являются:

- обеспечение различного вида пособий по государственному страхованию и иных социальных пособий;
- государственное пенсионное обеспечение;
- содержание и обслуживание пожилых и нетрудоспособных граждан в домах-интернатах;
- обеспечение инвалидов протезно-ортопедическими изделиями и средствами передвижения (колясками, автомобилями);
- содержание и воспитание детей в детских домах, интернатах, др. учреждениях;
- социальная и трудовая реабилитация инвалидов;
- санаторно-курортное и лекарственное обеспечение населения;
- социальное обслуживание на дому и др.

**Государственное социальное страхование** – установленная государством и регулируемая нормами права система материального обеспечения работников в старости, в случае временной или постоянной утраты трудоспособности, членов семей работников (при потере кормильца), а также охраны здоровья работников и членов их семей. Государственное социальное страхование осуществляется за счет фондов (Фонд социального страхования, Пенсионный фонд, Государственный фонд занятости населения, Фонд обязательного медицинского страхования).

**Государственные учреждения социального обслуживания** – см. **Учреждение социального обслуживания**.

**Государственный сектор социального обслуживания** – в государственный сектор социального обслуживания входят органы управления социальным обслуживанием Российской Федерации, органы управления социальным обслуживанием субъектов Российской Федерации, а также учреждения социального

обслуживания, находящиеся в федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (ст. 26 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов») (см. **Негосударственный сектор социального обслуживания**).

**Государственный стандарт социального обслуживания** – установленный национальным стандартом государственный эталон, образец различных сторон деятельности социальных служб по социальному обслуживанию граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**Готовность к действию** – установка, направленная на выполнение некоего действия. Предполагает:

- наличие определенных знаний, умений, навыков, а также готовность к противодействию возникающим в ходе выполнения действия препятствиям;
- приписывание выполняемому действию некоего смысла личностного.

Готовность к действию реализуется за счет проявления своих отдельных составляющих: нейродинамической сформированности действия, физической подготовленности и психологических факторов готовности.

**Готовность к страху** – см. **Тревожность**.

**Готовность профессиональная** – субъективное состояние личности, отражающее способность и желание трудиться; результат трудового воспитания, выражающийся в желании трудиться и осознании необходимости участвовать в совместной трудовой деятельности с другими людьми. Профессиональная готовность не обязательно сопровождается объективной профессиональной подготовленностью, это итог социальной зрелости личности.

**Графоспазм** – см. **Гиперкинез**.

**Группа** – социально-психологическое понятие, обозначающее определенное число лиц, включенных в типичные для них виды деятельности и регулируемых общими ценностями и нормами. Групповая работа весьма разнообразна. Группы могут быть дискуссионными, по приобретению социальных навыков (см. **Тренинг социальных навыков**), группы поддержки или взаимопомощи (см. **Взаимопомощь**), по созданию терапевтической среды (см. **Терапевтическая среда**), терапевтических сообществ, по интересам, клубная работа и т. д. Группы преследуют разные цели – терапевтические, образовательные, развивающие и т. д.

В отличие от работы в группе, где между отдельными ее членами нет жестко структурированных взаимоотношений, психотерапевтическая группа несет в себе определенный лечебный потенциал и является активным помощником социального работника или психолога в психокоррекционном процессе (см. **Групповая психосоциальная работа**).

**Группа взаимопомощи** – формальное или неформальное объединение людей, имеющих общие проблемы и встречающихся регулярно небольшими группами для оказания друг другу помощи, эмоциональной поддержки, обмена информацией и т. д. Группа взаимопомощи сходна с группой самопомощи, но в ней могут быть профессиональные лидеры.

**Группа инвалидности** – устанавливается лицам, признанным инвалидами, в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид». Установлены три группы инвалидности. Основанием для установления групп инвалидности являются критерии:

- для I группы – социальная недостаточность, требующая социальной защиты и помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленная заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению одной или сочетанию нескольких категорий жизнедеятельности третьей степени (способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к общению, способности контроля за своим поведением);
- для II группы – социальная недостаточность, требующая социальной защиты и помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению одной или сочетанию нескольких категорий жизнедеятельности второй степени (способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к общению, способности контроля над своим поведением);



- для III группы – социальная недостаточность, требующая социальной защиты и помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению одной или сочетанию нескольких категорий жизнедеятельности первой степени (способности к самообслуживанию, к передвижению, к общению, контролю за своим поведением).

**Групповая психосоциальная работа** – ориентируется на техники и методы групповой работы, принятые в психотерапии и ориентированные на работу с различными социально-психологическими патологиями. Специфика групповой психосоциотерапии заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы в процессе работы.

Выбор метода и техники групповой работы зависит от цели терапевтического воздействия, проблем клиента, его возраста, личностных особенностей, а также от тактики специалиста и количества клиентов, с которыми он работает. Подбор участников производится в зависимости от целей и формы групповой работы. Группы могут быть гомогенные, или однородные, (по возрасту, личностным проблемам, нозологической принадлежности, социальному или интеллектуальному уровню) и гетерогенные (разнородные)

Основные формы психотерапевтических групп – открытые и закрытые.

- **Закрытые группы** отличаются постоянным составом участников. Длительность ее работы определяется поставленными целями, задачами и терапевтической программой.
- **Открытые группы** не имеют постоянного состава участников. Одни уходят по мере достижения положительных результатов и реализации своих ожиданий, другие вливаются в группу в процессе ее работы и посещают занятия с подходящей для них частотой. Такие группы могут существовать неопределенно длительное время (годами). Открытые

группы участвуют обычно в менее структурированных формах психотерапевтической работы. Среди них следует назвать музыкотерапию, библиотерапию, арттерапию, танцевальную психотерапию (см. **Библиотерапия**).

**Групповая трудовая терапия** организуется путем объединения больных (инвалидов) со сходной патологией с целью восстановления не только нарушенных функций, но и коммуникативных навыков. См. также **Индивидуальная трудовая терапия, Коллективная трудовая терапия**.

**Группы встреч** – метод социально-психологической терапии, цель которого – пробудить внутренние резервы, стремление к самосознанию и межличностному развитию, к возможно полной реализации того потенциала, который заложен в каждом индивиде.

Члены группы в процессе общения свободно выражают свои чувства, обсуждают жизненные проблемы и способы их решения, совместно ищут пути разрешения межличностных конфликтов, рассказывают о личном опыте преодоления проявлений болезни или функциональных недостатков. Индивидуумы приходят к более полному познанию себя и каждого другого, чем это возможно в обычных социальных отношениях. Климат открытости, дружелюбия, взаимопомощи, позволяет личности почувствовать себя в безопасности и вынести на обсуждение самые сокровенные тайны, принять и потом воспроизвести в реальной жизни, обновленные и конструктивные формы поведения. Относятся к группам роста (см. **Группы роста**) или группам взаимопомощи (см. **Группа взаимопомощи**).

**Группы совместной деятельности** – используют при различных занятиях, имеющих определенную ценность для ее участников. Это может быть издание стенгазеты или выставки, приготовление еды, посещение театрального представления с последующим его обсуждением. Важно, что в процессе совместной деятельности члены группы устанавливают более тесные контакты, поощряют к активности и взаимодействию, ненавязчиво корректируют поведение и приобретают новые навыки. Используют в реабилитации лиц с выраженными дефицитарными синдромами и явлениями социальной дезинтеграции.

**Грязелечение (пелоидотерапия)** – метод лечения, основанный на применении лечебных грязей (пелоидов) и грязеподобных веществ (глины и пр.). лечебное действие грязей обусловлено влиянием температурного, химического и механического факторов. Оказывает

рефлекторно-гуморальное влияние, что ведет к улучшению микроциркуляции и трофических процессов; стимулирует обмен веществ, способствует рассасыванию очагов воспаления, улучшает трофику тканей, улучшает тугоподвижность и увеличивает объем движения в суставах.

## Д

**Дактилография** – форма общения с грамотными глухими посредством начертания пальцем контура букв (в воздухе или на какой-либо поверхности). Дактилография имеет особое значение для общения со слепоглухими; в этом случае буквы воспроизводятся пальцем на ладони слепоглохого. Термин «дактилография» употребляется также для обозначения особой техники машинописи.

**Дактилология (дактильная речь)** – своеобразная форма речи, воспроизводящая слова посредством пальцев рук. Изобретена людьми, принимавшими на себя религиозный обет молчания, для осуществления элементарных форм общения. Впоследствии стала использоваться в качестве заменителя устной речи для общения слышащих с глухими и глухих между собой. Дактильные знаки (различные положения пальцев) воспроизводят буквенный алфавит определенного языка. Поэтому в дактилологии знаков столько, сколько букв в алфавите данного языка. Обычно дактильные знаки пишутся на ладони другого человека пальцами руки.

**Дактильная речь** – см. **Дактилология**.

**Дальнозоркость** – один из видов нарушения преломляющей способности глаза. При дальнозоркости идущие от дальних предметов лучи преломляются средами глаза и соединяются позади сетчатки. В результате образуется неясное изображение. Преломляющаяся способность глаза может усиливаться за счет напряжения аккомодации. Зрение улучшается при коррекции сферическими очками.

**Дальтонизм (протанопия)** – нарушение цветового зрения, проявляющееся в неспособности различать отдельные цвета (чаще всего красный цвет). Встречается преимущественно у лиц мужского пола. Накладывает определенные ограничения на выбор профессиональной деятельности. Аномального развития не предопределяет; лечению не поддается.

**Дауна болезнь (синдром Дауна, трисомия-21)** – врожденная аномалия, обусловленная наличием дополнительной, третьей хромосомы-21, одна из форм олигофрении, при которой умственная отсталость сочетается со своеобразным внешним обликом больного. Встречается с частотой один случай на 500-800 новорожденных вне зависимости

от пола. Больные обладают характерной внешностью, (что облегчает постановку диагноза уже при рождении): небольшая (вследствие недоразвития черепа) голова с плоским затылком, косой разрез глаз с эпикантусом (кожная складка в углу глаз), плоское лицо, западающая переносица, толстый язык, деформированные уши, искривленные мизинцы, рот обычно полуоткрыт и др. Наблюдаются деформации скелета, аномалии в строении грудной клетки, конечностей, особенно пальцев рук. Уже на первом году становится заметным отставание в развитии психики и двигательных навыков, тонус мышц резко снижен, объем движений в суставах увеличен.

**Двигательная активность** – понятие, включающее в себя совокупность движений, выполняемых человеком в процессе своей жизнедеятельности. Критерием двигательной активности служат продолжительность двигательного компонента в суточном бюджете времени, выраженное в единицах времени (минутах, часах) или в процентах по отношению к продолжительности суток, а также число перемещений тела в пространстве (локомоций) за единицу времени или сумма движений в показателях километража локомоций. Существуют различные методики количественного измерения двигательной активности: анкетирование, хронометраж, шагометрия, расчет суточных энергозатрат и пр.

**Двигательная координация** – управление работой отдельных мышечных групп, выполняемое при решении определенной задачи в реальном времени и пространстве. При формировании двигательного навыка видоизменяется координация движений, в том числе – учет инерционных характеристик двигающихся органов; также меняется форма управления движениями органов тела. На начальных стадиях управление выполняется прежде всего за счет активной статической фиксации этих органов. Затем – за счет коротких импульсов напряжения определенной мышцы в нужный момент. Наконец, на заключительных стадиях, уже используется инерция движений, теперь направляемая на решение задач. В сформированном динамически устойчивом движении происходит автоматическое уравновешение всех инерционных движений без применения особых импульсов для их коррекции.

**Двигательная расторможенность** – см. **Гиперактивность**.

**Двигательное беспокойство** – суетливость с импульсивными поступками, возникающая без внешнего повода. Ребенок почти все время бегаёт, вскакивает со стула и снова садится, хватается со стола предметы, вертит их в руках, сосет палец, грызет ногти, шурит глаза, пристаёт к другим детям с просьбами, ссорится с ними, отвлекается на

внешние раздражители. Наблюдается чаще всего при органических поражениях головного мозга.

**Двигательное воспитание** – направленная деятельность по включению ребенка-инвалида в самопроявление, позволяющая уму усвоить правильную двигательную активность, сформировать ее естественное проявление, соответствующее возрасту и физиологическим возможностям; входит в комплекс мероприятий кондуктивной педагогики. С самого начала особое внимание уделяется побуждению ребенка к правильному действию, стимулирование естественного усвоения движения.

**Двигательный аппарат** – анатомио-физиологическая система, за счет работы которой осуществляется построение и осуществление движения. Состоит из скелета, мышц, сухожилий, нервных центров и проводящих (афферентных и эфферентных) путей.

**Движение** – структурная единица деятельности – результат работы двигательного психофизиологического аппарата по реализации двигательного акта, посредством которого происходит взаимодействие с внешней средой. В движении проявляется физиологическая активность человека. Лишь небольшое число локомоторных движений являются безусловно-рефлекторными (коленный, мигательный и другие рефлексы), большинство же регулирующих механизмов условно-рефлекторны, т. е. складываются прижизненно. Следовательно, основной механизм формирования движений – выработка условных двигательных рефлексов в процессе самого движения.

**Движение произвольное** – импульсивные или рефлекторные двигательные акты, выполняемые без контроля сознания. Могут носить адаптивный характер, например, мигание, отдергивание руки при воздействии болевого раздражителя, и неадаптивный, например, хаотичные движения в ситуациях помрачения сознания. Различаются собственно произвольные движения и движения послепроизвольные. Произвольные движения складываются без контроля сознания (безусловно-рефлекторные, и условно-рефлекторные двигательные акты; навыки, сформированные путем проб и ошибок; врожденные и клинические автоматизмы и пр.). Они могут стать произвольными только при специальной работе по формированию системы двигательных ориентиров. Если система осознаваемых ориентиров отсутствует или чрезмерно сокращена, то они плохо поддаются корректировке и перестройке.

**Движение послепроизвольное (движение постпроизвольное)** – образуются как движения произвольные, но при последующем

свертывании ориентировочной основы в ходе их формирования выводятся из сознания, автоматизируются и становятся движениями произвольными. Они могут вновь сделаться произвольными без специальной формирующей работы.

**Движение произвольное** – см. **Движение произвольное**.

**Движение произвольное** – внешние и внутренние телесные двигательные акты (процессы), сознательно регулируемые субъектом на основе потребности в достижении цели как образа предвосхищаемого результата. Предполагает сознательную ориентировку по отношению к цели как в речевом плане, так и в плане воображения. Могут выполняться как посредством скелетной мускулатуры, реализуя пространственные положения тела, так и гладкой мускулатуры внутренних органов (например, кровеносных сосудов), реализуя вегетативные функции. Движения, изначально сформированные как произвольные, могут становиться произвольными за счет вытеснения двигательных ориентиров во внешний план (например, при наблюдении за меняющимся тоном кровеносных сосудов по шкале измерительного прибора) с последующим переводом ориентиров во внутренний план, в форму специфических двигательных, кинестетических ориентиров.

**Движение произвольное: формирование (формирование произвольного движения)** – передача управления при построении движений сознательному контролю. Согласно И. М. Сеченову, произвольные движения регулируются с помощью обратной связи проприорецептивными ощущениями, дающими информацию об особенностях выполняемых движений, и экстерорецептивными ощущениями, позволяющими анализировать признаки конкретной ситуации, в которой это движение выполняется. Возможность сознательного контроля над выполнением движений возникает лишь в связи с возникновением общественно-трудовой деятельности и языка. Соответственно этому управление движением может проводиться на основе различных словесных инструкций и самоинструкций. В онтогенезе, согласно Л. С. Выгодскому, произвольная регуляция носит распределительный характер: взрослый задает словесную инструкцию, в которой определена отрефлексированная цель движения, а ребенок ее выполняет. В дальнейшем у ребенка возникает возможность саморегуляции движений с помощью собственной речи – сначала внешней, потом внутренней.

**Движение: психическая регуляция (психическая регуляция движений)** – корректировка построения движения на основе

потребностного состояния и обратной связи, обеспечивающей контроль за его достижением.

**Движения трудовые** – система элементарных сменяющихся двигательных актов и статических напряжений, тесно связанных друг с другом и координируемых центральной нервной системой. См. также **Дотрудовые движения**.

**Деавтоматизация навыка** – невозможность выполнять без сознательного контроля навык, который был ранее автоматизирован, процесс может быть обусловлен сбивающим влиянием внешних воздействий или происходящим со временем естественным забыванием элементов навыка.

**Дебильность** – наиболее легкая (по сравнению с идиотией и имбецильностью) степень умственной отсталости. Встречается примерно у 1% населения, характерна затрудненной интеллектуальной деятельностью, но хорошей социальной адаптацией.

Лица с легкой умственной отсталостью по внешности ничем не примечательны. У них неплохо развита речь, поведение более адекватно и самостоятельно, что в какой-то мере маскирует слабость мышления. Этому способствует хорошая память и способность к подражанию. Такие дети могут обучаться в обычной школе, но проявляют медлительность, и трудности в логическом мышлении, конкретные знания осваивают более успешно. Они, как правило, нуждаются в обучении необходимым для жизни видам деятельности, планировать и обеспечивать здоровое питание, правильно распределять бюджет, вести себя в обществе и общаться. В результате овладения социальными навыками дети довольно успешно справляются с самообслуживанием, работой по дому, приобретают несложные профессиональные навыки и, став взрослыми, в большинстве случаев могут нормально жить в социальном окружении. Однако, оказавшись в новой или сложной для них ситуации, испытывают трудности и нуждаются в помощи при решении социальных проблем.

В психокоррекционной работе с умственно отсталыми детьми большое внимание уделяется формированию высших психических процессов, особенно — мышления, совершенствованию эмоционально-волевой сферы. Развитие общих психических функций способствует лучшему усвоению знаний, умений и навыков, повышает способность к социальной адаптации учащихся в школе и в обществе.

**Девиантное (отклоняющееся) поведение** – устойчивое сознательное и избирательное нарушение социальных норм; совершение поступков, которые противоречат нормам социального поведения, принятым в том или ином сообществе, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией. Нормы-регуляторы могут быть условно разделены на абсолютные и относительные. Абсолютные нормы существуют или существовали во всех или почти во всех известных сообществах. Это, например, запрет на убийство, воровство, инцест и т. п. относительные нормы специфичны для отдельных сообществ (нормы добрых сексуальных отношений, этикета, авторского права). Следовательно, поведение, нарушающее нормы какого-либо сообщества, будет девиантным для этого сообщества, но может не быть таковым для другого (например, запрет женщинам мусульманских религий находиться в комнате, где принимают пищу мужчины).

Различные формы девиантного поведения наблюдаются при акцентуации характера, неадекватной самооценке, нарушениях эмоционально-волевой и эмоционально-коммуникативной сферы. По мнению Э. Дюркгейма, вероятность девиаций поведения существенно возрастает при происходящем на уровне социума ослаблении нормативного контроля (аномия). В соответствии с парадигмой Р. Мертона, девиантное поведение возникает прежде всего тогда, когда общественно принимаемые и задаваемые ценности не могут быть достигнуты некоторой частью этого общества. В контексте теории социализации, к девиантному поведению склонны люди, социализация которых проходила в условиях поощрения или игнорирования отдельных элементов девиантного поведения (насилие, аморальность). При этом различают:

- **отклонения корыстной направленности** – правонарушения и поступки, связанные со стремлением незаконным путем получить материальную (денежную или имущественную) выгоду путем хищения, взятки, кражи, мошенничества и пр.;
- **отклонения агрессивной ориентации** проявляются в действиях, направленных против личности (оскорбления, хулиганство, побои, изнасилование, убийство); поведенческие аномалии сопровождаются аффектом злости, ожесточением, бескомпромиссными суждениями; как правило, свойственно такое поведение легко внушаемым личностям, легко попадающим под влияние



лидеров, с другой стороны, они сами являются мощными индукторами агрессии в толпе;

- **отклонения социально-пассивного типа** выражаются в стремлении к отказу от активной жизнедеятельности, уклонении от своих гражданских обязанностей, нежелании решать как личностные так и социальные проблемы; как правило, это уклонения от работы, учебы, бродяжничество, употребление алкоголя; лица с подобным типом поведения пассивны, постоянно испытывают чувство неудовлетворенности собой и недовольство окружающим, не принимая, при этом, никаких решений, чтобы изменить ситуацию.

Другие источники выделяют иные три группы отклоняющегося поведения, которые, впрочем, так или иначе перекликаются с указанными выше:

- **асоциальное (аморальное)** – см. **Асоциальное поведение**;
- **антисоциальное (делинквентное)** – см. **Делинквентность**;
- **аутодеструктивное (саморазрушительное)** – см. **Саморазрушительное поведение**.

**Дееспособность** – способность человека не только выполнять действия и деятельность, но и нести за это ответственность.

**Дееспособность гражданская** – способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Возникает в полном объеме с совершеннолетием, т. е. по достижении восемнадцатилетнего возраста. Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным, в этом случае над ним устанавливается опека. Гражданская недееспособность не означает, что человек не способен к выполнению навыков по обслуживанию себя, по уходу за животными, уборке квартиры, совершению покупок и т. д.

**Дезавтоматизация** – потеря способности выполнять ранее автоматизированные жизненно важные двигательные навыки без актуального сознательного контроля. Может свидетельствовать о поражениях премоторных отделов коры головного мозга, а также о психических заболеваниях.

**Дезадаптация** – разрушение адаптивных, приспособительных механизмов. В пожилом возрасте дезадаптация проявляется в

разрушении устоявшихся социальных связей вследствие потери работы, ухода из жизни друзей, близких, изменения социальных ролей и утраты доминирующего статуса в семье, ухудшения общего состояния здоровья и снижения подвижности.

Деадаптация при наступлении инвалидизации аналогично определяется физическими критериями (вынужденной изоляцией), физиологическими показателями (различными соматическими нарушениями, связанными с имеющимися повреждениями и травмами), социальными установками в виде определенных предубеждений («Я не такой как все») и психологическими характеристиками (депрессией, апатией, агрессией, чувством обиды, разочарования, вины).

**Действие** – произвольная преднамеренная опосредованная активность, направленная на достижение осознаваемой цели; главная структурная единица деятельности; выполняется на основе определенных способов, соотнесенных с конкретной ситуацией. Эти способы, неосознаваемые или мало осознаваемые, называются операциями и представляют более низкий уровень в структуре действия. Иными словами, действие – совокупность операций, подчиненных единой цели. Инициация действия – лишь последний этап трехстадийной последовательности. Ее первый этап – активация мозга, происходящая в результате сопоставления внутреннего состояния человека с внешними объектами или ситуациями. Второй – обработка информации, поступающей в мозг от органов и внешнего мира, с целью запустить третий этап – наиболее подходящее поведение с учетом текущих обстоятельств и прошлого опыта. Обработка информации осуществляется более или менее автоматически при рефлекторных реакциях или инстинктивном поведении. При сложных процессах научения и, особенно при сознательном принятии решения, в этом участвуют такие высшие психические функции, как память и мышление. Как правило, при выполнении сложного действия, самые высокие этажи системы – сложные и поздние компоненты деятельности – оказываются в фокусе сознания, следующие этажи попадают на периферию сознания, а самые низкие и самые отработанные компоненты выходят за границу сознания.

В каждом действии выделяют части: ориентировочную (стадия принятия решения), исполнительную (стадия реализации действия) и контрольную (стадия контроля и коррекции действия). Характеризуя понятие действия, можно выделить четыре момента:

- действие содержит как необходимую компоненту акт сознания в виде постановки и удержания цели, этот акт не замкнут на самом себе, а раскрывается в действии;
- действие – одновременно акт поведения, но внешние движения рассматриваются в неразрывном единстве с сознанием;
- через понятие действия утверждается принцип активности, противопоставляемый принципу реактивности: в субъекте предполагается активное начало в форме цели;
- понятие действия выводит деятельность человека в предметный и социальный мир, так как цель действия может быть любой, не только чисто биологической, но и социальной.

**Действие навязчивое** – произвольные, симптоматические и патологические акты, совершаемые вопреки желанию, нередко – вопреки сдерживающим условиям. В большинстве случаев выступают как посредник, обеспечивающий удовлетворение запретного бессознательного желания или получения облегчения.

**Действие перцептивное** – основные структурные единицы процесса восприятия, обеспечивают сознательное выделение некоего аспекта чувственно заданной ситуации, а также преобразование сенсорной информации, приводящее к построению образа, адекватному предметному миру и задачам деятельности. Развитие перцептивных действий сопровождается значительным сокращением моторных компонентов, а процесс восприятия приобретает форму одномоментного акта. Эти изменения обусловлены формированием разветвленных систем сенсорных эталонов и оперативных единиц восприятия, которые позволяют превратить восприятие из процесса построения образа в более простой процесс опознания. Сенсорные эталоны соответствуют таким общественно выработанным системам сенсорных качеств, как шкала музыкальных звуков, система фонем языка, система основных геометрических форм и т. д. Усваивая их, ребенок начинает пользоваться ими как своеобразными чувственными мерками. В результате возрастает точность и произвольность сенсорно-перцептивных процессов.

**Действие предметное** – более сложные психофизиологические образования, чем собственно действия. Непосредственно связаны с целью деятельности, имеют определенное предметное содержание. В них проявляются отношения к действительности. Сформированные

предметные действия, став личным достоянием, выступают как навыки и умения – способы поведения и деятельности.

**Действие автоматизированное** – см. **Автоматизм**.

**Действие автоматическое** – см. **Автоматизм**.

**Действия коллективные** – рациональная совместная деятельность, цель которой заключается в улучшении жизненной ситуации участников.

**Декларация независимости инвалидов** – выражает позицию активной личности, субъекта собственной жизни и социальных изменений. В качестве примера приведем Декларацию независимости инвалидов, созданную инвалидами Магаданской области (Виртуальный центр независимой жизни инвалидов Магаданской области).

- Не рассматривайте мою инвалидность как проблему.
- Не надо меня жалеть, я не так слаб, как кажется.
- Не рассматривайте меня как пациента, так как я просто ваш соотечественник.
- Не старайтесь изменить меня; у вас нет на это права.
- Не пытайтесь руководить мною; я имею права на собственную жизнь, как любая другая личность.
- Не учите быть меня покорным, смиренным и вежливым; не делайте мне одолжения.
- Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.
- Поддержите меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество.
- Помогите мне познать то, что я хочу.
- Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто не борется в попытке сделать лучше.
- Будьте со мной, даже когда мы боремся друг с другом.
- Не помогайте мне тогда, когда я в этом не нуждаюсь, даже если это доставляет вам удовольствие.
- Не восхищайтесь мною, желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.
- Узнайте меня получше, мы можем стать друзьями. Будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения.

- Давайте уважать друг друга; ведь уважение предполагает равенство; слушайте, поддерживайте и действуйте.

См. также **Независимая жизнь, Философия независимой жизни инвалида, Центр независимой жизни.**

**Декларация о правах инвалидов** – принята в 1975 г. Генеральной Ассамблеей ООН. В данном международном документе подчеркивается, что инвалиды должны быть защищены от какой бы то ни было эксплуатации, они имеют право на уважение их человеческого достоинства, на меры, дающие возможность приобрести как можно большую самостоятельность и полностью интегрироваться в общество. Основными правами, которые должны быть гарантированы инвалиду и на основе которых определяется степень соответствия национальной политики государства международным стандартам, являются права на образование и труд, на вступление в брак, на родительство, право обращения в суд, право на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политические права.

Для этого Декларация впервые за историю человечества рекомендует государствам обеспечить инвалидам важнейшие права:

- на медицинскую, психологическую и социальную реабилитацию, протезно-ортопедическую помощь;
- на профессиональную подготовку и трудоустройство;
- на различные виды социального обслуживания;
- на экономическое и социальное обеспечение;
- право на то, чтобы особые нужды инвалидов учитывались на всех стадиях экономического и социального планирования;
- право на квалифицированную юридическую помощь;
- право инвалидов, их семей и общин на свободный доступ к информации, содержащейся в настоящей Декларации.

**Декомпенсация** – процесс, обратный компенсации, – расстройство деятельности какой-либо системы организма вследствие нарушения компенсации. Возникает, как правило, при ухудшении состояния организма либо при столкновении с неожиданными новыми условиями, требующими формирования новых приспособительных реакций.

**Делинквентность** (от лат. delinquens – провинность) выражается в психологической готовности к правонарушению; данное понятие характеризует случаи повторяющихся, асоциальных по своей

направленности, поступков и действий, формирования отрицательно ориентированных личностных установок.

**Делирий** – см. **Нарушение сознания**.

**Деменция** – стойкие и, как правило, необратимые снижение и утрата интеллектуальной деятельности в сочетании с расстройствами памяти и эмоционально-волевой сферы, как правило, после перенесенного психического заболевания. В детском возрасте после некоторого периода нормального развития ребенка деменция возникает при органических поражениях мозга вследствие воспалений, ушибов и т. п., а также при шизофрении и эпилепсии. Разграничение деменции и олигофрении в раннем возрасте затруднено тем, что любое поражение мозга приводит не только к распаду сформированных функций, но и к отставанию психического развития в целом. При возникновении деменции у детей старше трех лет установить диагноз значительно проще. Выделяют различные виды деменции:

- **глобальная деменция** – нарушаются все виды психической деятельности, теряется критичность, происходит деградация личности;
- **очаговая (частичная, лакунарная, очаговая, дисмнестическая) деменция** – личность в основном не меняется, критичность сохраняется, но снижается интеллектуальный уровень и память;
- **первичная деменция** – недоразвитость интеллекта от наследственного заболевания, врожденных повреждающих факторов или лишения раннего периода развития ребенка;
- **вторичная деменция** – следствие атрофии психических функций из-за отсутствия упражнения, эмоционального подкрепления или от воздействия постоянных повреждающих факторов – социальных, возрастных, лекарственных, болезненных.

В зависимости от характера повреждающих и дегенерирующих факторов различают деменцию сенильную (старческую), алкогольную, эпилептическую, посттравматическую и т. д.

**Демонстративность** – подчеркнутая, но без нелепости, пантомимичность, выразительность эмоциональных, интонационных, двигательных проявлений с осознаваемой или неосознанной целью привлечь к себе (чаще всего благорасположенное, сочувственное) внимание окружающих. У детей демонстративность чаще всего служит выражением эмоциональной

депривации, в которой находится ребенок в связи с недостатком чувства привязанности, любви, заботы со стороны близких.

**Деонтология медицинская** (греч. deon, deontos – должное, надлежащее и logos – учение) – совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении профессиональных обязанностей, предполагающая оказание больному максимально возможной помощи, имеющая целью исключить возможность причинения ему вреда и благоприятствующая повышению эффективности лечения больного и профилактике болезней. Отражает правила выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, принципы и формы взаимоотношения с больным и его родственниками, а также с коллегами по работе.

**Депрессивная тенденция** – склонность к возникновению депрессии.

**Депрессия** – аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек испытывает тяжелые, мучительные эмоции и переживания – подавленность, тоску, тревогу, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Характерны мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, случившиеся в личной жизни или жизни родственников, чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед жизненными трудностями. Все это сочетается с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Изменяется восприятие времени, которое течет мучительно долго. Замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость приводят к резкому падению продуктивности, возможны суицидальные попытки. Депрессия сопровождается соматическими (нейровегетативными) симптомами, такими как снижение аппетита, потеря массы тела, запоры, нарушения сна, снижение либидо. Нередко Д. переживается как душевная боль с тягостными физическими ощущениями (витальная тоска). Различают:

- **невротические адаптационные реакции** возникают после воздействия экстремального по силе стресса, например, стихийного бедствия, при потере близкого человека (реакция горя), совершении насильственных действий по отношению к данному человеку, неожиданном печальном известии, несчастных случаях;

как реакция личности на собственное заболевание или травму (см. нозогении);

- **функциональные депрессивные состояния** возможны у здоровых людей в рамках нормального психического функционирования;
- **невротические депрессии** – относительно стойкие (от нескольких месяцев до нескольких лет) депрессивные состояния, возникающие в условиях хронической психотравмирующей жизненной ситуации, в том числе обусловленной инвалидизацией;
- **эндогенная (патологическая) депрессия** – один из основных психиатрических симптомов; наблюдается при психическом заболевании (аффективных расстройствах, согласно МКБ 10), которое характеризуется периодичностью возникновения аутохтонных аффективных нарушений в виде маниакальных, депрессивных и смешанных состояний, полной их обратимостью и развитием интермиссий с восстановлением психических функций и личностных свойств; не приводящее к слабоумию.

У аномальных детей и инвалидов может выступать как реакция на тяжелую жизненную ситуацию, обусловленную дефектом. Лечение медикаментозное и психотерапевтическое. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют астеническую (с выраженными признаками психического и физического истощения), вегетативную (с преобладанием вегетативных расстройств), дисфорическую (со злобностью, мрачной раздражительностью и неприязнью к окружающим), ипохондрическую (с преобладанием явлений ипохондрического синдрома), соматогенную (обусловленную заболеваниями каких-либо органов или систем организма, травмами).

**Депривация** – психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей человека для удовлетворения в достаточной мере его основных психических потребностей; характеризуется выраженными отклонениями в эмоциональном и интеллектуальном развитии, нарушением социальных контактов. Среди условий, необходимых для полноценного развития ребенка, выделяются следующие:

- многообразные стимулы разной модальности (зрительные, слуховые и т. д.) – их недостаток вызывает стимульную (сенсорную) депривацию;



- удовлетворительные условия для учения и приобретения различных навыков – хаотичная структура внешней среды, которая не позволяет понимать, превосходить и регулировать происходящее вовне, вызывает когнитивную депривацию;
- социальные контакты (с взрослыми и, прежде всего, матерью), обеспечивающие формирование личности – их недостаточность ведет к эмоциональной депривации;
- возможность осуществления общественной самореализации посредством усвоения социальных ролей, приобщения к общественным нормам и ценностям – ограничение этой возможности вызывает социальную депривацию.

**Депривация сенсорная** – продолжительное, более или менее полное лишение человека сенсорных впечатлений. Ее воздействие изучается путем погружения человека в воду в специальном оборудовании. В условиях сенсорной депривации актуализируется потребность в ощущениях и аффективных переживаниях, что осознается в форме сенсорного и эмоционального голода. В ответ на недостаточность афферентации активизируются процессы воображения, определенным образом воздействуя на образную память. Возникают яркие, эйдетические представления, спроецированные вовне, которые оцениваются как компенсаторные, защитные реакции. По мере увеличения времени пребывания в условиях сенсорной депривации на этапе неустойчивой психической деятельности появляется эмоциональная лабильность со сдвигом в сторону пониженного настроения – заторможенность, депрессия, апатия, которые на короткое время сменяются эйфорией, раздражительностью. Наблюдаются нарушения памяти, прямо зависимые от цикличности эмоциональных состояний. Нарушается ритм сна и бодрствования, развиваются гипнотические состояния, в отличие от просоночных состояний в обычных условиях, они затягиваются на относительно большее время, проецируются вовне и сопровождаются иллюзией произвольности. Чем жестче условия сенсорной депривации, тем быстрее нарушаются процессы мышления, что проявляется в невозможности на чем-то сосредоточиться, последовательно обдумать проблемы. Отмечается снижение функции экстраполяции и продуктивности при выполнении несложных умственных действий. При увеличении времени воздействия депривации эйдетические представления могут выйти из-под контроля

актуального Я и проявиться в форме галлюцинаций. В генезе данного процесса четко прослеживаются астенизация нервной системы и развитие гипнотических фаз в коре больших полушарий мозга.

**Деревфлексия** – психотерапевтический прием, заключающийся в том, что пациент, страдающий от того или иного функционального симптома, формулирует для себя цель смириться с ним, воспринимая его как неустранимое зло, и в тех ситуациях, которые вызывают его проявления, переключать свое внимание с нарушенной функции на другую деятельность, придавая тем самым самой ситуации новый смысл. Ситуация благодаря этому перестает восприниматься как еще одна попытка избавиться от симптома, а рассматривается, например, как возможность полноценного общения с другим человеком. Наиболее эффективен данный психотерапевтический прием при ипохондрической симптоматике, при которой органические процессы оказываются в центре повышенного внимания пациента. Данный прием имеет много общего с «разобусловливанием» в классической теории условных рефлексов, при котором достаточно долгое неподкрепление условного рефлекса приводит к его угасанию.

**Десенсибилизация** 1. Комплекс мероприятий, понижающих чувствительность организма к аллергену.

2. Метод психотерапии (см. **Психотерапия систематической десенсибилизации**).

**Дети с нарушениями речи** – дети с сохранным слухом и интеллектом, страдающие резко выраженными отклонениями в развитии речи и вследствие этого ограниченные в речевом общении. Нарушения речи весьма разнообразны. Наиболее часто встречаются алалия, афазия, ринолалия, дизартрия. К тяжелым нарушениям речи относят также выраженные формы заикания (в тех случаях, когда этот дефект значительно затрудняет общение и обучение детей в массовой школе).

**Дети-инвалиды** – дети, которые вследствие заболевания или увечья ограничены в проявлениях жизнедеятельности. Некоторые формы наследственной патологии, родовые травмы, а также тяжелые заболевания и травмы, перенесенные в детстве, могут явиться причиной того, что ребенок раннего возраста, еще не прошедший важнейших этапов социализации, оказывается инвалидом. При условии наступления инвалидности до 18 лет ребенок-инвалид получает статус «инвалид с детства».

**Детский дом** – учреждение, предназначенное для воспитания и обучения детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей одиноких матерей в возрасте от 3 до 16 лет.

**Детский церебральный паралич (ДЦП)** – группа полиэтиологических симптомокомплексов, которые возникают в результате недоразвития или повреждения головного мозга в пренатальном, интранатальном и раннем постнатальном периоде, при которых вследствие поражения двигательных систем мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения, вызванные нарушениями контроля со стороны ЦНС за функциями мышц. Недоразвитие или повреждение мозга (как правило внутриутробное) может быть следствием хронических заболеваний будущей матери, перенесенных ею инфекционных заболеваний, интоксикаций, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности и др. Иногда возникает в результате родовой травмы или асфиксии новорожденных, реже – как следствие энцефалита. ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием. ДЦП относится к непрогрессирующим резидуальным состояниям, однако инфекционные заболевания, интоксикации, повторные травмы могут сопровождаться ухудшением состояния, что создает впечатление текущего патологического процесса (псевдопрогредиентности).

С учетом особенности двигательных дисфункций разработан ряд классификаций ДЦП. Наиболее распространена классификация К. А. Семеновой (1979), согласно которой выделяют пять форм заболевания: гемипаретическая, спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая и атонически-астатическая.

В классификации Л. О. Бадаляна и соавт. (1988) отражена возрастная динамика и стадии развития различных форм ДЦП. В раннем возрасте выделяют спастические формы: гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия, а также дистоническую и гипотоническую формы. В старшем возрасте спастические формы сохраняются, а дистоническая трансформируется в одну из спастических, либо в гиперкинетическую и смешанную формы. Из гипотонической в дальнейшем формируется атактическая или атонически-астатическая формы. В смешанных выделяют спастико-атактическую, спастико-гиперкинетическую, атактико-гиперкинетическую.

Согласно международной классификации МКБ-10 выделяют:

- |        |  |
|--------|--|
| G 80   | Детский церебральный паралич           |
| G 80.0 | Спастический церебральный паралич      |
| G 80.1 | Спастическая диплегия                  |
| G 80.2 | Детская гемиплегия                     |
| G 80.3 | Гиперкинетический церебральный паралич |

- G 80.4 Атаксический церебральный паралич
- G 80.8 Другой вид детского церебрального паралича
- G 80.9 Детский церебральный паралич неуточненный

Кроме того, ДЦП классифицируют по течению заболевания: ранняя стадия (до 4 мес.); начальная хронически-резидуальная стадия (с 5-6 мес. до 3-4 лет); поздняя (конечная) резидуальная стадия (после 3 лет).

**Дефект развития** – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. Понятие дефекта – центральное для дефектологии – детально разработано в трудах Л. С. Выготского. Им установлено, что структура дефекта не сводится к симптомам повреждения биологических систем (различных отделов ЦНС, анализаторов и др.), которые представляют собой первичные симптомы нарушения – первичный дефект. Недоразвитие высших психических функций (например, речи и мышления у глухих, опосредованной памяти у дебилов, восприятия и пространственной ориентировки у слепых и т. д.) и социальной стороны поведения Л. С. Выготский считал вторичными отклонениями, не связанными непосредственно с основным, первичным дефектом, но обусловленными им. Он показал, как это соотношение первичных, вторичных и последующих наслаивающихся на них отклонений усложняет структуру дефекта. Он проанализировал также условия для предупреждения и преодоления этих отклонений развития. Адекватное обучение и воспитание способствуют преодолению причин, которые порождают вторичные (третичные и т. д.) отклонения. При этом центральная область компенсации дефекта, согласно Л. С. Выготскому, – повышение культурного развития, формирование высших психических функций (см. **Дефектология, Дефект сложный**).

**Дефекты зрения** – могут быть разделены на прогрессирующие и стационарные. К прогрессирующим следует относить заболевания первичной и вторичной глаукомы, незаконченную атрофию зрительного нерва, травматические катаракты, пигментную дегенерацию сетчатки, воспалительные заболевания роговой оболочки, злокачественные формы высокой близорукости, отслойку сетчатки и т.д. К стационарным видам относятся пороки развития, например, микрофталь, альбинизм, а также такие непрогрессирующие последствия заболеваний и операций, как стойкие помутнения роговиц, катаракта и т. д.

**Дефект сложный** – сочетание двух и более дефектов развития, которое представляет собой не просто сумму дефектов, а является

качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от его составляющих. Дети со сложным дефектом – особая категория аномальных детей, в которой выделяются следующие группы: умственно отсталые слепые и слабовидящие; умственно отсталые глухие и слабослышащие; глухие слабовидящие; слепоглухие; глухие и слабослышащие с нарушением опорно-двигательного аппарата и др. Сочетание дефектов искажает развитие этих детей в значительно большей степени, чем аномальных детей других категорий. Их обучение и воспитание осуществляются в спец. учебно-воспитательных учреждениях, куда они направляются на основании заключения о степени выраженности того или другого дефекта (см. **Дефект, Дефектология**).

**Дефекты речи** – см. **Нарушение речи**.

**Дефективность моральная** – термин, которым в 10-20-х гг. XX в. в зарубежной и отечественной психолого-педагогической науке обозначалась широкая категория детей, включавшая как детей, страдающих нарушениями характера и эмоционально-волевой сферы, так и детей, склонных к агрессивному и противоправному поведению, педагогически запущенных, беспризорных, т. е. под моральной дефектностью понималось явное отклонение от общепринятых норм поведения. Такая трактовка была неоправданно расширительной, поскольку объединяла на основании внешних поведенческих проявлений разнородные группы детей.

**Дефектология** – наука о психофизических особенностях развития аномальных детей, закономерностях их обучения и воспитания. В дефектологию входит ряд разделов специальной педагогики: сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренопедагогика и логопедия. Дефектология изучает также проблемы обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, а также со сложными дефектами.

**Дефицит общения** – снижение интенсивности и качества общения ребенка с другими людьми. Обычно это связано с нахождением ребенка в детских учреждениях закрытого типа (больницах, детских домах, интернатах) или в семьях, в которых родителями не уделяется ребенку достаточного внимания. Дефицит общения, особенно в младенческом и раннем возрасте, приводит, как правило, к задержкам и отклонениям в психическом развитии.

**Деформация** (от лат. *deformatio* – искажение) – изменение размеров и формы тела.

**Деформирующий остеоартроз** – см. **Артроз**.

**Децентрация** – один из механизмов развития познавательных процессов личности, формирования ее моральной зрелости и совершенствования навыков общения; функционирует на основе способности к восприятию точки зрения другого человека.

**Деятельность** – динамическая система активных взаимодействий человека с внешним миром, в ходе которого человек удовлетворяет свои потребности. В деятельности с позиции ее структуры принято выделять движения и действия. В структуре деятельности выделяют также мотивы, побуждающие к деятельности; цель как прогнозируемый результат деятельности; операции, с помощью которых деятельность осуществляется.

**Джексоновский припадок** – см. **Эпилепсия**.

**Диагностика 1.** Раздел клинической медицины, изучающий содержание, методы и последовательные ступени процесса распознавания болезни или особых физических состояний.

2. Процесс распознавания болезни и оценка индивидуальных биологических и социальных особенностей субъекта, включающий целенаправленное обследование, истолкование полученных результатов и их обобщение в виде диагноза. в реабилитации используются клиническая, функциональная, социальная, психологическая, педагогическая диагностики, имеющие свои специфические цели, методы и средства.

**Диагностика психологическая** – выявление психологических особенностей человека.

**Диагноз реабилитационный** – основа формирования индивидуальной программы и реабилитационного потенциала человека. Реабилитационный диагноз имеет три составляющих: клинко-функциональный диагноз, психологический диагноз и социальный диагноз.

- **Клинко-функциональный диагноз** включает пол, возраст; медицинские данные – преморбидные особенности, клинические проявления основного и сопутствующих заболеваний, характер течения (прогрессирующее, регрессирующее, стационарное), время продолжительности болезни, стадия заболевания (обострение, ремиссия), а также степень выраженности функциональных расстройств. Учитывается физическое развитие, состояние опорно-двигательной системы, моторики и другие физические характеристики. Исходя из характера и выраженности биологических, анатомических и функциональных нарушений

определяется диапазон возможной их компенсации или восстановления.

- **Психологический статус** оценивается на трех уровнях: операционном, эмоционально-волевом и личностном. Анализу и оценке подлежат психофизиологические показатели - выносливость, интеллект, речь, память, эмоции. Изучается внутренняя картина болезни, в какой мере больному удалось психологически адаптироваться сначала к самому факту развития заболевания, а затем к его медицинским и социальным последствиям, имеется ли склонность к фиксации на болезненных переживаниях. Оценка реабилитационного потенциала личности будет возможной посредством:
  - определения характера и степени нарушений, расстройств и дисгармонии психической деятельности (эмоционально-волевых, интеллектуально-мнестических, мотивационных, на уровне личности);
  - выявления наиболее «сохраненных» психических функций, наиболее «сильных» сторон личности;
  - диагностики психических расстройств и методов их устранения;
  - выявления индивидуальных психологических особенностей обеспечения различных видов деятельности (трудовой, образовательной) и адаптации к общению и социальному взаимодействию.
- **Социальный диагноз** включает в себя оценку всех параметров жизнедеятельности, социальных функций и связей. В первую очередь, оценивается способность к самообслуживанию, передвижению, ведению домашнего хозяйства, материально-бытовые условия; ориентация в социальной среде, уровень знаний и навыков, которыми обладает инвалид, умение ими пользоваться при решении профессиональных, бытовых, личных, социальных и других вопросов в повседневной деятельности. Определяется уровень культурного развития, широта кругозора, активность деятельности в социуме, умение индивида взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений.

Получают данные об уровне общего и профессионального образования, имеющиеся ограничения в обучении; профессиональный статус, степень квалификации, профессиональные знания, умения и интересы. Изучается трудоспособность на момент экспертной диагностики, трудности профессионального, личностного и другого порядка, которые инвалид может испытывать на работе. Определяются профессиональные возможности с учетом ограничений в данной сфере жизнедеятельности, возможности обучения или переобучения, адаптации к новой профессии и рабочему месту.

- **Педагогический диагноз** – для ребенка-инвалида большое значение также имеет возможность получения образования и правильного воспитания, для чего проводится выявление:
  - уровня индивидуального развития ребенка с учетом его возраста и адаптационных возможностей в среде жизнедеятельности;
  - индивидуальных отклонений ребенка (сферы и уровень) и возникших в связи с ними социальных проблем в развитии, воспитании и самореализации;
  - индивидуальных особенностей ребенка, его позитивного потенциала, содержащего потенциальные возможности для компенсаторного или наиболее целесообразного преодоления недостатков в развитии, саморазвитии, воспитании, профессиональной подготовке и самореализации.

Постановка реабилитационного диагноза включает в себя не только ребенка, но и его семью, а также среду, которая определяет его непосредственное окружение, жизнедеятельность, развитие и воспитание. Это позволяет сделать вывод о средовых условиях, в которых он живет, воспитывается и имеет возможность для саморазвития, воспитания и самореализации.

**Диетотерапия** – применение питания с лечебной целью; предусматривает в первую очередь, химическое, механическое щажение больного органа, замену одних продуктов другими для восстановления его функции или же введение необходимых питательных веществ, недостающих организму больного.



**Дизартрия** (гр. отрицательная приставка dis- и arthroo – расчленяю) – расстройство речи, вызванное недостаточной иннервацией речевого аппарата при поражениях заднеобочных отделов мозга, мозжечка, стриопаллидарной системы. При этом из-за ограниченной подвижности органов речи (мягкого неба, языка, губ) затруднена артикуляция.

В отличие от дислалии, страдает не только произношение, но и темп, выразительность, плавность, модуляция, голос и дыхание. При возникновении во взрослом возрасте, как правило, не сопровождается распадом речевой системы. В детском же возрасте могут нарушаться чтение и письмо, а также общее развитие речи. Корректируется с помощью логопедических занятий.

Выделяют спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, мозжечковую (атактическую), корковую и бульбарную дизартрии.

**Дизонтогенез** (от греч. приставки dis, обозначающей расстройство, и ontogenesis – индивидуальное развитие) – термин, употребляющийся для обозначения отклонений внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В более широком смысле он обозначает различные отклонения от нормального физического и психического развития в детском возрасте. Используется преимущественно в детской неврологии, психиатрии и психологии. В дефектологии ему соответствует понятие «аномалии развития».

**Дизонтогенез психический** – патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций. В клинической психиатрии термин «дизонтогенез» относят к задержкам и искажениям психического развития. Группа расстройств, объединяемая понятием «задержки психического развития» включают патологические состояния, характеризующиеся недостаточностью интеллекта и психики в целом. К «искажениям психического развития» относят состояния, отличающиеся парциальностью и диссоциативностью развития психических функций. Одни из них могут характеризоваться ускорением, а другие — задержкой развития.

Задержки психического развития следует отличать от приобретенных состояний дефекта личности и интеллектуальной деятельности вследствие болезненного процесса или другого повреждения психики. В последнем случае принято говорить о слабоумии, или деменции.

В рамках психического недоразвития различают тяжелые состояния умственной отсталости и относительно легкие задержки психического развития (пограничные формы задержки развития). Дизонтогенез психического развития может возникать под влиянием многих внутренних и внешних факторов (генетических, биологических, психогенных и микросоциальных), а также при их сочетании и взаимодействии, в числе основных признается минимальная мозговая дисфункция (см. **Минимальная мозговая дисфункция**) При конкретизации этиологических факторов в отношении раннего детского возраста обращают внимание на особенности темперамента, соматическую и органическую церебральную патологию, комплекс эмоциональных привязанностей, депривацию (в том числе частичное сиротство – смерть одного из родителей, развод).

**Дизонтогенез** – термин, употребляющийся для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В дальнейшем этим понятием стали обозначать различные отклонения от нормального физического и психического развития в детском возрасте. Термин используется преимущественно в детской психиатрии и неврологии, в дефектологии ему соответствует понятие «аномалии развития».

**Динамика** – изменение чего-либо в процессе наблюдения. В медицине отражает характер изменений в течении болезни, нарушения функций, физиологических и клинических показателей.

**Диплегия** – двухсторонний паралич одноименных частей тела.

**Дисбулия** – см. **Абулия**.

**Дисграфия** – частичное специфическое расстройство процесса письма. Письмо представляет собой сложную форму речевой деятельности, многоуровневый процесс. В нем принимают участие различные анализаторы: речеслуховой, речедвигательный, зрительный, общий двигательный. Между ними в процессе письма устанавливается тесная связь. Процесс письма у взрослого человека является автоматизированным и отличается от характера письма ребенка, лишь овладевающего этим навыком.

Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажении звукослового состава слова и структуры предложения, в нарушении письма, сопровождается заменой букв, пропусками, перестановками букв и слогов, слиянием слов. Рассматривается в качестве симптома при алалии, при разных формах афазий, или при недоразвитии речи. В основе дисграфии у детей обычно лежит недоразвитие устной речи, в частности, наблюдаются

неполноценность фонематического слуха и недостатки произношения, препятствующие овладению фонетическим (звуковым) составом слова. Наиболее тяжелая степень этого нарушения – аграфия – полная неспособность к овладению навыком письма.

Дисграфия может быть классифицирована на акустическую, оптическую и моторную. При акустической дисграфии отмечается недостаточное развитие слухового восприятия, звукового анализа и синтеза. Часто наблюдаются смещения и пропуски, замены букв, обозначающих звуки, сходные по артикуляции и звучанию, а также отражение неправильного звукопроизношения на письме. Оптическая дисграфия обуславливается неустойчивостью зрительных образов, отдельные буквы не узнаются, не соотносятся с определенными звуками, в различные моменты буквы воспринимаются по-разному. Примерами типичных смещений являются: п-н, п-и, у-и, ц-щ, ш-и, м-л, б-д, п-т, н-к. Моторная дисграфия характеризуется трудностями движений руки во время письма, нарушениями связи моторных образов звуков и слов с их зрительными образами. Дисграфия может быть скорректирована при организации специальных упражнений в чтении и письме. См. также **Аграфия, Минимальная мозговая дисфункция.**

**Дискомфорт психический** – см. **Психический дискомфорт.**

**Дискомфорт психологический** – см. **Психический дискомфорт.**

**Дислалия** – нарушение произношения звуков и их сочетаний, вызванное анатомическими дефектами артикуляционного аппарата (механическая дислалия), неблагоприятными условиями развития речи либо нарушениями фонематического восприятия (функциональная дислалия). Коррекция дислалии осуществляется при помощи специальных логопедических упражнений, направленных на формирование навыков произношения и слухового различения звуков, устранение недостатков речевой моторики, предупреждение возможных нарушений чтения и письма.

**Дислексия** – частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Дислексия часто сочетается с дисграфией (см. **Дисграфия**), и их общая распространенность среди детей младшего школьного возраста с нормальным интеллектуальным развитием составляет 5 – 11 %.

Чтение – сложный психический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный,

речеслуховой. Выделяют следующие ступени формирования навыка чтения: овладение звукобуквенными обозначениями; послоговое чтение; становление синтетических приемов чтения; синтетическое чтение. Дислексия обычно сочетается с нарушениями устной речи. У детей с дислексией наблюдаются нарушения звукопроизношения, бедность словаря, неточность употребления слов. Они неправильно оформляют свою речь, избегают сложных фраз, ограничиваются короткими предложениями. К основным симптомам дислексии относятся:

- замены и смешение звуков при чтении, чаще всего фонетически близких и графически сходных: х-ж, п-н, з-в;
- побуквенное чтение – нарушение слияния звуков в слоги и слова;
- искажение звукослоговой структуры слова – пропуски согласных и гласных, добавления, перестановки звуков, слогов;
- нарушение понимания прочитанного на уровне отдельного слова, предложения или текста;
- аграмматизмы при чтении – нарушение падежных окончаний, согласования слов в словосочетании.

В зависимости от того, функции какого из анализаторов нарушены первично, выделяют акустическую, оптическую и моторную дислексию.

- **Акустическая дислексия** связана с недостаточным развитием слухового восприятия, зрительного анализатора. Дети с трудом сливают отдельные звуки в слоги и слова, так как звук (артикулема) не воспринимается ими как сигнал фонемы. Акустические нарушения проявляются и в устной речи детей в виде дизартрии, дислалии.
- **Моторная дислексия** обуславливается нарушениями в координированной, взаимосвязанной работе зрительного, слухового и двигательного анализаторов в процессе чтения. Отмечаются сужение зрительного поля, потеря строки или отдельных слов в строке; дети не могут воспроизводить нужные артикуляционные движения, у них имеются нарушения движений глаз в процессе чтения.
- **Оптическая дислексия** характеризуется неустойчивостью зрительного восприятия и

несформированностью пространственных представлений. Плохо усваиваются отдельные буквы, не устанавливаются связи между зрительным образом и звуком, нет четкого зрительного образа буквы, поэтому одна и та же буква воспринимается по-разному; наблюдается частое смешение букв, сходных по начертанию, нарушается узнавание слов при чтении.

**Диспансеризация** – активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения, включающее комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на выявление начальных стадий заболеваний; своевременное применение лечебных и профилактических мероприятий; предупреждение осложнений, возникновения и утяжеления инвалидности; систематическое изучение условий труда и быта, проведение мер индивидуальной и социальной профилактики для улучшения и устранения факторов, способных вызвать различные заболевания.

**Диспансерное наблюдение** – см. **Виды амбулаторной психиатрической помощи.**

**Дисплазия** – нарушение правильного развития (формирования) органов и тканей.

**Диссонанс** – отсутствие гармонии в чем-либо; несоответствие, противоречие, разлад.

**Диссонанс когнитивный** – противоречие в системе знаний, порождающее у субъекта неприятные переживания и побуждающее к действиям, направленным на устранение этого противоречия.

**Диссоциация** – нарушение связности психических процессов. Противоположное понятие – ассоциация.

**Дистальный** – наиболее удаленный от тела отдел конечности.

**Дистимия** – патологический аффективный симптомокомплекс, характеризующийся болезненным, трудно переносимым чувством душевного дискомфорта, которое проявляется угрюмостью, недовольством собой и окружающими, особенно близкими, пессимистическими суждениями; как правило, сопровождается ипохондрическими переживаниями с демонстративным предъявлением симптомов, разнообразными функциональными вегетативно-соматическими расстройствами. Дистимия у детей и подростков встречается чаще, чем у взрослых, но более бедна симптомами, выражается преимущественно измененным аффектом, проявляется криком, раздражением, нередко агрессией с умеренным двигательным беспокойством, протестными реакциями.

**Дистония** – патологическое изменение тонуса.

**Дистресс** – отрицательное влияние стрессов и стрессовых ситуаций на деятельность вплоть до ее полного разрушения.

**Дистрофия** – расстройство настроения, характеризующееся напряженным злобно-тоскливым аффектом с выраженной раздражительностью; мрачная раздражительность, пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии. Изредка может проявляться атипично, в виде приподнятого или экзальтированного настроения с раздражительностью, напряженностью, агрессивностью. Негативные чувства впоследствии интерпретируются больным как результат неблагоприятных социальных факторов (отсутствие семьи, частые госпитализации, плохое и несправедливое отношение на службе). Возможно появление чувства неполноценности и стремление к уединению, связанное с «ненавистью ко всему миру». Особенно характерна при органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии, а также при некоторых формах психопатий (психопатия взрывчатая, эпилептоидная).

**Дистрофия сетчатки** – патологическое изменение строения сетчатки при изменении кислородного питания, вызывающее глубокое расстройство функции зрения.

**Дисфункция** – нарушение функций органа, системы и пр.; преимущественно качественного характера.

**Дисфункция мозговая минимальная (минимальные мозговые дисфункции)** – нарушение функции центральной нервной системы вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга, проявляется в виде легких расстройств поведения и обучения без выраженных интеллектуальных отклонений. Чаще всего имеет резидуально-органическую природу и возникает, главным образом, в результате кислородного голодания плода во внутриутробном периоде и в процессе родов (см. **Асфиксия новорожденных**). Наиболее частое проявление минимальной мозговой дисфункции – гипердинамический синдром.

**Дифференциация** – как внутригрупповой процесс – положение, статус членов данной общности (группы, коллектива и пр.). Каждый член ее занимает определенное положение – с позиций авторитета, занимаемого поста и пр.

**Дифференцированный подход в социальном воспитании** – один из способов реализации гуманистического педагогического

мировоззрения, решения педагогических задач с учетом социально-психологических особенностей воспитанников.

**Диффузные нарушения центральной нервной системы** – расстройство деятельности нервной системы, захватывающие основные функции разных анализаторов и коры больших полушарий мозга.

**Диэнцефальные пароксизмы** – см. **Эпилепсия**.

**Длительный уход** – любые виды обслуживания, программы или деятельность, направленные на лечение, уход за лицами с длительными нарушениями функций. Обслуживание может быть обеспечено на дому или в учреждениях.

**Дневной стационар для пожилых** – структурное подразделение в поликлинике, диспансере или стационаре, где пожилые, хронически больные люди, не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении, получают медицинскую помощь и вечером возвращаются домой (см. **Дневной центр для пожилых**).

**Дневной центр для пожилых (отделение дневного пребывания)** – в отечественной практике – структурное подразделение центра социального обслуживания населения. Предназначено для пожилых, не нуждающихся в специализированном уходе, которые сохранили способность к самообслуживанию, но в связи со снижением функций организма или изоляцией желают или нуждаются в том, чтобы находиться под наблюдением в течение дня и заниматься какой-либо посильной деятельностью. В дневном центре (отделении) осуществляется социально-бытовое, культурное, социально-медицинское обслуживание пожилых граждан, организация их питания и отдыха, привлечение к посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни.

**Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи по медицинскому страхованию** – соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования.

**Дозированная ходьба** – см. **Терренкур**.

**Дом для престарелых (социальный дом для инвалидов и престарелых)** – жилье, предназначенное для пожилых людей, нуждающихся в уходе и внимании, но которым не требуется сестринский уход. Дом, состоящий из одно- и двухкомнатных квартир, включающий в себя набор служб социально-бытового назначения: медицинский кабинет, библиотеку, помещение для клубной работы, столовую (буфет), пункты заказов на продовольственные

товары, сдачи белья и вещей в прачечную или химчистку, а также помещения для трудовой деятельности и др. Для поддержания у инвалидов и престарелых жизненной активности организуются клубы по интересам, проводятся культурно-массовые мероприятия. Жильцы, как правило, получают больше видов бытовой помощи, чем в жилом доме с обслуживанием, и их жизнь более регламентирована. См. также **Дом-интернат для престарелых, Дом-пансионат с сестринским уходом, Жилой дом одиноких пенсионеров.**

**Доминантность** – тенденция занимать руководящее положение в системе отношений с другими людьми.

**Дом-интернат для престарелых и инвалидов** – медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного, временного (от 2 до 6 месяцев) проживания престарелых граждан (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет), инвалидов I и II групп, не имеющих медицинских противопоказаний и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, реабилитационных услугах. Первоочередным правом на направление в дома-интернаты пользуются одинокие граждане, а также лица, не имеющие родственников в данной местности.

Основными задачами такого дома являются:

- материально-бытовое обеспечение престарелых и инвалидов, создание для них благоприятных условий жизни, приближенных к домашним;
- организация ухода за проживающими гражданами, оказание им медицинской помощи;
- осуществление мероприятий, направленных на социально-трудовую ориентацию инвалидов.

**Дом-пансионат с сестринским уходом** – в ряде стран учреждение, предназначенное для длительного ухода за больными людьми и инвалидами, в котором обеспечивается жилье, сестринская помощь, другие виды обслуживания.

**Доступ к услугам социального обслуживания** – создание условий по устранению препятствий в получении услуг гражданами, семьями, лицами, входящими в отдельные категории населения, и обеспечение их соответствия индивидуальной нуждаемости.

**Доступная среда жизнедеятельности** – см. **Безбарьерная среда.**

**Доступность услуг социального обслуживания** – возможность своевременного получения услуг социального



обслуживания в объеме, соответствующем индивидуальной нуждаемости.

**Досуг** – включает те виды деятельности, которые доставляют индивиду чувство удовольствия, веселья и развлечения. Люди используют досуг для релаксации, для снятия стресса, преодоления трудностей, удовлетворения своих интересов, поддержания физической формы, социальных взаимоотношений, для возможности самовыражения и творчества. Деятельность досуга относительно свободна от выполнения обязанностей по сравнению с продуктивностью и самообслуживанием. Примеры деятельности досуга:

- физкультура и спорт – наблюдать, участвовать, тренировать или другим образом организовывать спортивную деятельность;
- художественное творчество – рисование, графика, поэзия, проза и т. д.;
- рукоделие – шитье, вязанье, плотничное дело и другие ремесла;
- контакты с другими – телефонные разговоры, написание писем, совместные обеды, встречи и т. д.;
- уход за животными – обучение, забота о животных;
- хобби – увлечения, любимые занятия;
- клубы и группы – церковные группы, молодежные клубы, группы по интересам и т. д.;
- баня, сауна – релаксация, снятие стрессов;
- посещение музеев, галерей – приобщение к культурным достояниям, к прекрасному;
- игры – карты, настольные, компьютерные игры и т. п.;
- развлечения – телевизор, радио, театр, фильмы, пение в хоре и т. д.

Деятельность досуга может играть важную роль в жизни инвалидов, особенно, когда ограничено их участие в продуктивной деятельности (см. **Продуктивная жизнедеятельность**).

**Дотрудовые движения** (в детской практике) – манипулирование различными геометрическими фигурами (кубиками, шариками, цилиндрами, кольцами), перемещение их по плоскости.

**Дрожательный паралич** – см. **Болезнь Паркинсона**.

**Душевная слепота** – см. **Агнозия зрительная**.

## **Е**

**Е-волна (волна ожидания)** – отрицательное изменение электрического потенциала мозга, преимущественно в лобно-центральных отделах коры, связанное с настройкой появления стимула. Появляется между действием настраивающего и пускового сигналов, свидетельствует о готовности действовать при восприятии сигнала. Е-волна возникает через 0,5 сек после действия настраивающего сигнала. Ее амплитуда прямо связана со скоростью требуемой двигательной реакции, а также с напряжением внимания и воли. Это позволяет рассматривать ее как проявление действия механизмов произвольного поведения.

**Единство ценностно-ориентационное** – один из основных показателей сплоченности группы, фиксирующий степень совпадения позиций и оценок ее членов по отношению к целям деятельности и ценностям, особенно значимым для группы в целом. Высокая степень ценностно-ориентационного единства выступает важным источником интенсификации внутригруппового общения и повышения эффективности совместной деятельности. Оно не приводит к нивелировке личности в группе, не препятствуя разнообразию вкусов, интересов и привычек ее членов, не предполагает и обязательного совпадения в понимании способов достижения общих целей. Единство ценностно-ориентационное в коллективе как группе высокого уровня развития – это сближение подходов к целям и задачам совместной деятельности, ориентированное на нравственно оправданные ценности.

## **Ж**

**Желательность социальная** – фактор, искажающий самоотчеты, в частности, ответы на пункты личностных опросников, путем увеличения частоты тех самоотчетов, которые кажутся испытуемым более привлекательными, социально приемлемыми, представляющими их в выгодном свете. Влияние социальной желательности нужно учитывать при разработке любых опросников, тестов и шкал, использующих самоотчеты. Есть ряд способов, уменьшающих их влияние — например, составление каждого пункта опросника из двух альтернатив, равных по желательности. Кроме

того, разработаны методики, специально измеряющие склонность испытуемого давать социально желательные ответы.

**Жест** – элемент пантомимики, выполняемый посредством действий руками. Ряд жестов имеет ритуализованное значение. Выделяют иллюстративные (означающие) жесты, обслуживающие некую высказываемую мысль, и выразительные (экспрессивные), говорящие об эмоциях или намерениях человека.

**Жестовая речь** – основное средство межличностного общения глухих. Система жестового обучения включает две разновидности речи: калькирующую и разговорную. Калькирующая жестовая речь – эквивалент словесного языка. В высказываниях калькирующей жестовой речи порядок жестов соответствует синтаксису русского языка. Разговорная жестовая речь – самобытная лингвистическая система, отличающаяся своеобразной лексикой и грамматикой.

**Жизнедеятельность** – совокупность видов деятельности человека, его активности, которые в основном составляют необходимые компоненты его повседневной жизни в соответствии с полом и возрастом. В реабилитологии принято говорить об ограничении жизнедеятельности и степени ограничения жизнедеятельности. См. также **Ограничение жизнедеятельности**, **Социальные компоненты жизнедеятельности**.

**Жизненная позиция** – мотивированная направленность жизнедеятельности индивида, его понимание смысла жизни, социальных ценностей и норм, положенная в основу выбора линии поведения. Проявляется через рационально осмысленное и эмоционально окрашенное отношение к сложившемуся порядку вещей в среде ближайшего окружения и обществе. Среди многообразия жизненных позиций принято выделять два минимума: активную жизненную позицию – отрицание сложившейся социальной ситуации и участие в деятельности по ее изменению к лучшему, и пассивную – смирение и согласие с существующей ситуацией, невмешательство в ход событий.

**Жизненная сфера** – определенная сторона жизни, относительно независимая от других сторон (семейная, школьная, сфера межличностного общения, интимная).

**Жизненное предназначение** – изначально заданная природная ориентация человека, его общая жизненная направленность, стиль деятельности, тип отношения к себе, людям и миру в целом.

**Жизненный кризис** – см. **Кризис**.

**Жизнеобеспечение** – составляющая образа жизни, деятельность, связанная с включенностью людей в процессы хозяйственной жизни, прежде всего в систему общественного

разделения труда, направленная на удовлетворение базовых потребностей и нужд.

**Жизнь** – 1. Совокупность явлений, происходящих в организмах. С позиций материализма – особая форма существования и движения материи, самопроизвольно возникшая на определенной стадии ее развития.

2. Физиологическое существование живого организма.

3. Деятельность субъекта или общества в неких проявлениях.

**Жилая среда инвалида** – жилище, среда обитания, приспособленная к функциональным возможностям инвалидов, в которой предусматриваются коммунальные удобства, соблюдение социальных норм жилой площади, уют жилых помещений, оснащение жилища мебелью, обеспечивающей безопасность пользования (проживания, передвижения, самообслуживания, досуга и т. д.) и комфортность (бесперебойное энергоснабжение, коммунальные услуги, наличие лифта, телефона, мусоропровода и др.), а также наличие специальных технических и вспомогательных средств.

### 3

**Заболееваемость** – отражает число новых случаев болезни, возникающих в определенной социальной группе или населении в целом за единицу времени, чаще всего – за год. Показатель рассчитывается на 100, 1 000, 10 000, 100 000 населения. Следует отличать от показателя распространенности, который включает также заболевания, послужившие поводом для обращением за медицинской помощью в данном календарном году, но выявленные ранее отчетного периода.

**Заболевания, представляющие опасность для окружающих** – гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, медико-социальная помощь оказывается бесплатно в предназначенных для этих целей учреждениях. Виды и объемы медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации и Государственным комитетом санитарно-эпидемиологического надзора.

**Заболевание психосоматическое** – заболевания, появление которых определяется психическими факторами и лечение которых должно быть направлено прежде всего на устранение и коррекцию (психотерапия и психофармакология) этих факторов. К таким заболеваниям относятся бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, псориаз, стенокардия, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит. От истинных психосоматозов следует отличать другие заболевания, при которых психологические факторы играют значительную роль: мигрени, эндокринные расстройства, злокачественные новообразования, некоторые инфекционные заболевания. На их динамику психические и поведенческие факторы оказывают существенное воздействие, меняя неспецифическую сопротивляемость организма, но при этом не являются первопричиной их появления.

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний. Согласно одной из них, они являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психическими травмами. Другая теория связывает их появление с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний. Так, гипертония связывается с наличием конфликта между высоким социальным контролем поведения и нереализованной потребностью индивида во власти. Нереализованная потребность вызывает агрессивность, проявить которую человек не может из-за социальных установок. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки связывают с неприемлемой для самого восприятия потребностью в защите и покровительстве. Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов, как и неустраняемый стресс, порождают в конечном счете реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной или маскированной депрессии. А поражение конкретных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями онтогенетического развития, определяющими и недостаточность механизмов психологической защиты. В отличие от неврозов, в основе которых также лежит интрапсихический конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение –

не только неприемлемого для сознания мотива, но и невротической тревоги и всего невротического поведения.

**Зависимость 1.** Повышенная привязанность ребенка к взрослому. Понятие зависимости разрабатывалось в рамках неопсихоаналитического подхода к интерпретации взаимоотношений ребенка раннего возраста с матерью. Индивид ведет себя зависимым образом каждый раз, когда показывает, что другие люди, как таковые, удовлетворяют и подкрепляют его. Различают инструментальную и эмоциональную зависимость. Многие авторы включают в понятие зависимости поиски физического контакта, стремление быть поблизости, поиски внимания, поиски оценки и одобрения, протест против разлуки, поиск помощи, задавание вопросов – хотя мотивы двух последних видов поведения трудно толковать однозначно.

2. Состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества, разделяемое на:

- **психическая зависимость** – характеризуется овладевающим желанием или неодолимым влечением к употреблению психоактивного вещества, тенденцией к увеличению желаемого эффекта и возникновением вызванных употреблением индивидуальных и социальных проблем;
- **физическая зависимость** – состояние, когда употребляемое вещество становится необходимым для поддержания нормального функционирования организма и включается в схему его жизнеобеспечения.

См. также **Аддиктивное поведение.**

**Задача** – данная в определенных условиях цель деятельности, которая должна быть достигнута преобразованием этих условий согласно определенной процедуре. Задача содержит требование (цель), условие (известное) и искомое (неизвестное), формулируемое в вопросе.

**Задача двигательная** – мысленный образ движения, которое требуется совершить; в нем соотнесена информация о цели движения, о результатах и о способах решения задачи.

**Задачи психолога в процессе реабилитации** – понимание того, что человек, ставший инвалидом вследствие того или иного заболевания или травмы изменился психологически, выделяет инвалидов в особую «группу риска» с точки зрения психологической и социально-психологической дезадаптации, проявляющейся в многообразных психических отклонениях и нарушении

взаимодействия между инвалидом и его социальным окружением. Причиной тому служат ограничение жизнедеятельности и социальная изоляция.

Деятельность реабилитационных учреждений строится на оказании медико-социальных, социально-бытовых, социально-средовых, социокультурных, досуговых, профессионально-трудовых, гражданско-правовых, психолого-педагогических, социально-психологических услуг и психотерапевтических услуг. На каждом этапе реабилитации психолог должен принимать активное участие, то есть речь идет о психологическом сопровождении инвалида на всех этапах и во всех сферах реабилитации.

Конкретные задачи и формы работы психолога во многом определяются типом реабилитационного учреждения. Задачами психолога центров (отделений) комплексной реабилитации являются:

***а) в сфере медико-социальной реабилитации:***

- определение психологического статуса инвалида, установление типа отношений инвалида к своему заболеванию,
- определение индивидуального реабилитационного потенциала, прогнозирование результата и информирование инвалида о перспективах реабилитации,
- определение типа «идеального» врача и оптимальной схемы дифференцированных коррекционных и психотерапевтических программ,
- формирование адекватного отношения к болезни;

***б) в сфере социально-бытовой адаптации:***

- работа с ближайшим окружением инвалида для формирования оптимальной реабилитационной среды,
- определение психологической готовности инвалида к использованию ортопедических изделий, технических и вспомогательных средств, формирование адекватного отношения к их эксплуатации, преодоление первичного психологического дискомфорта,
- формирование адекватной перестройки иерархии мотивов по типу их переподчинения новому смыслообразующему мотиву – сохранению жизни, здоровья, возможности самообслуживания,
- целенаправленная работа по формированию благоприятного эмоционально-психологического климата в семье инвалида;

***в) в сфере социально-средовой реабилитации:***

- определение социального статуса с учетом новых социально-ролевых возможностей, социально-бытовых условий и социально-культурных запросов,
- формирование психологической готовности и психологической необходимости личного участия инвалида в общественной деятельности, в том числе спортивной;

***з) в сфере социокультурной реабилитации и досуговых мероприятий:***

- формирование условий для развития сублимации как позитивной психологической защиты,
- стимулирование процессов отыгрывания и регрессии для снятия социально-психологической напряженности;

***д) в сфере профессионально-трудоустройственной реабилитации:***

- определение профессионального статуса с учетом ограничений в данной сфере жизнедеятельности и возможности обучения, переобучения, а также возможности адекватного трудоустройства и адаптации к новой профессии (месту работы),
- мотивация на замену содержания патологического ведущего мотива деятельности на деятельность более высокого порядка;

***е) в сфере психолого-педагогической реабилитации:***

- разработка и внедрение психолого-педагогических коррекционных и развивающих программ, содействующих повышению эффективности обучения (профессионального обучения, переобучения), личностному росту учащихся и социально-психологической адаптации,
- вскрытие механизмов нарушения высших психических функций на основе нейропсихологического подхода и определение этапности их формирования у детей или восстановления у взрослых, так называемая нейропсихологическая реабилитация;

***ж) в сфере социально-психологической реабилитации:***

- диагностика личностной сферы инвалида, степени его активности в реабилитационном процессе, факторов окружающей среды для последующего формирования реабилитационной программы,
- первичная коррекция неадекватных личностных установок. Перестройка отношений личности,



- оказание конкретной психологической помощи при обращении инвалида или членов его семьи,
- раскрытие перед инвалидом его скрытых потенциальных возможностей, обучение навыкам коммуникации, гибкому адаптивному поведению, выведение его на более высокий уровень социальной активности и мотивированности,
- психологическое просвещение в среде инвалидов и их ближайшего окружения по вопросам психогигиены;

***з) в сфере психотерапевтических услуг:***

- психотерапевтическое и коррекционное воздействие на общеневротический фон заболевания,
- коррекция психоэмоциональных расстройств,
- купирование психопатологической симптоматики, коррекция индивидуально-психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных расстройств и заболеваний;

***и) в сфере гражданско-правовой реабилитации:***

- способствование осознанию реабилитантами меры своего участия и ответственности за свое психическое здоровье и эффективность реабилитации,
- стимулирование формирования общероссийской идентичности, через приобщение к историческому наследию, единение нации и формирование политического электората;

***к) в сфере общереабилитационных мероприятий:***

- преодоление установочного психологического сопротивления инвалида на реабилитацию, снижение уровня тревожности и депрессии,
- активирование личности инвалида в отношении участия в реабилитационном процессе,
- психологическая подготовка инвалида к завершению курса реабилитации,
- динамический контроль за процессом реабилитации и оценка ее эффективности,
- обучение персонала реабилитационного учреждения работе с различным психологическим контингентом реабилитантов,

- формирование психологической готовности всех участников реабилитационного процесса к выстраиванию социального партнерства «пациент – врач – работник социальной сферы».

**Задачи социального работника в процессе реабилитации** – при организации социально-реабилитационной помощи на местном уровне социальные работники учреждений исполнительной власти могут принимать участие в выполнении ряда важных задач на уровне общества. К основным из них относятся:

- повышение уровня информированности населения по вопросам, касающимся проблем и прав инвалидов, о существующих формах помощи и территориальных учреждениях реабилитационного профиля (в том числе с привлечением средств массовой информации);
- организация, координация с государственными и общественными ассоциациями и проведение массовых мероприятий, направленных на повышение социальной активности и правовой защищенности инвалидов (конференций, выставок, спортивных соревнований, кинофестивалей, акций с целью привлечения внимания общественности к нуждам и правам инвалидов, а также возможности лиц с инвалидностью участвовать в общественных процессах);
- участие в обеспечении доступности для инвалидов окружающей среды (бытовой, территориальной);
- координация работы учреждений разных ведомств (социального обслуживания, здравоохранения, образования, трудовой занятости, культурно-бытовой сферы и т.д.), участвующих в реабилитации инвалидов.

Специалисты социальных учреждений решают задачи, основной целью которых является помощь инвалидам и их семьям получить максимальную пользу от проводимых социальных программ. К ним относятся:

- выявление лиц, нуждающихся в социальной помощи и реабилитации;
- формирование банка данных о потребности в социальной помощи лиц с инвалидностью на обслуживаемой территории, о действующих в регионе формах помощи и их эффективности в соответствии с потребностями инвалидов;

- обеспечение различных форм социальной поддержки (материальной, техническими средствами реабилитации и пр.);
- обеспечение социальной помощи инвалидам и их семьям (помощи по хозяйству, в воспитании детей, патронажа, трудоустройства, социальной и правовой защиты);
- представление интересов инвалидов в различных инстанциях и оказание посреднических услуг при установлении связи с правоохранительными, общественными и государственными органами, оказывающими поддержку инвалидам, при направлении нуждающихся в учреждения здравоохранения или социальной реабилитации;
- установление связей и взаимодействия с лечебными и другими территориальными социальными учреждениями, общественными организациями, имеющими отношение к решению социальных и медицинских проблем инвалидов.

В задачи социальных работников отделений реабилитации входит:

- обучение технике самообслуживания, пользованию бытовыми приборами, организации жизни в быту, ведению домашнего хозяйства;
- выработка практических навыков независимого образа жизни, отказ от иждивенческих настроений;
- развитие личных интересов и побуждение к здоровому активному образу жизни;
- восстановление здоровья с помощью организации отдыха, развлечений, спортивных игр и занятий;
- обучение членов семьи инвалида уходу, помощи, общению с ним;
- проведение социальных тренингов и психокоррекционной работы (совместно с психологом);
- помощь в адаптации в обществе после выписки из отделения, определение потребности в видах социальной помощи и содействие в ее получении.

**Задержка психического развития (ЗПР)** – особый тип аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития ребенка. В отличие от олигофрении, может

носить временный характер и компенсироваться при коррекционном воздействии в детском или подростковом возрасте. Может быть вызвана различными причинами: дефектами конституционального развития ребенка (гармонический инфантилизм), различными соматическими заболеваниями, органическими поражениями центральной нервной системы (минимальная мозговая дисфункция). У детей отмечается снижение работоспособности, памяти, внимания, затрудняется усвоение навыков чтения, письма, счета, речи, возникают эмоциональные и личностные нарушения вследствие возникающих у них явлений церебрастении, психомоторной расторможенности, аффективной возбудимости.

**Задержка развития моторики** – отставание в моторном развитии. Дети медлительны, тонкие дифференцированные движения удаются им с трудом, переключаемость и последовательность движений нарушены.

**Задержка развития навыков самообслуживания** – запаздывающее формирование навыков самообслуживания по сравнению со средними возрастными сроками, появляющиеся вследствие полной психической ретардации (олигофрения), парциальной психической ретардации, органического повреждения ЦНС в период формирования навыка, а также вследствие гиперопеки или социальной запущенности. Этот период задержки развития является частным проявлением ограничения объема навыков.

**Заикание** – сложное нарушение устной речи, характеризующееся расстройством ее ритма и плавности, речь становится прерывистой, происходит произвольное членение слова на слоги или звуки, возникает судорогоподобное напряжение мышц лица, что приводит к затруднению общения с другими людьми. Как правило, заикание возникает у детей 2 – 5 лет, то есть в период формирования развернутой фразовой речи, когда психическое перенапряжение или травма нервной системы могут привести к нарушению регуляторных механизмов речи, чаще – у легко возбудимых детей. Факторы, способствующие появлению заикания: конституциональная нервность, вегетативная дисфункция, неправильная или перегруженная непонятными словами речь людей, окружающих ребенка. Обостряется в связи с поступлением в школу, а также в подростковом и юношеском возрасте.

**Заключение реабилитационно-экспертное** – заключение службы медико-социальной экспертизы о клинико-функциональном и социальном статусе инвалида, характере и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационном потенциале и

реабилитационном прогнозе и необходимых в зависимости от этого реабилитационных мероприятий.

**Закон Рибо** – в первую очередь, забываются недавно полученные впечатления, затем – воспоминания о давно прошедших событиях. Наблюдается при прогрессирующей амнезии, особенно у пожилых людей.

**Законодательство Российской Федерации о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов** – законодательство Российской Федерации о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов состоит из федеральных законов «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» № 122-ФЗ от 2 августа 1995 г. с изменениями и дополнениями; «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» № 195-ФЗ от 10 декабря 1995 г. с изменениями и дополнениями, других федеральных законов, принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации (см. **Государственный сектор социального обслуживания**).

**Занятые граждане** – граждане:

- работающие по трудовому договору (контракту), включая сезонные, временные работы;
- занимающиеся предпринимательской деятельностью;
- самостоятельно обеспечивающие себя работой;
- занятые в подсобных промыслах и реализующие продукцию по договорам;
- выполняющие работы по гражданско-правовым договорам, а также члены производственных кооперативов (артелей);
- избранные, назначенные или утвержденные на оплачиваемую должность;
- проходящие военную службу, служащие в органах внутренних дел;
- учащиеся, находящиеся на очном обучении.

**Запущенность педагогическая** – устойчивое отклонение в сознании и поведении детей, обусловленное отрицательным влиянием среды и недостатками воспитания. Как правило, к педагогически запущенным относят детей, не страдающих аномалиями развития, но не обладающих знаниями и умениями, необходимыми для нормальной жизнедеятельности. Нередко, однако, эти знания могут быть ребенком

усвоены, но не включены им в систему нравственных убеждений, а потому они не оказывают регулирующего влияния на поведение.

**Застреваемость внимания** – нарушение параметра переключаемости в виде патологической фиксации, прикованности внимания к одному (чаще первому в порядке необходимой деятельности) объекту, явлению, действию. Нарушается способность произвольно менять объект внимания, переносить внимание с одного явления на другое. Застреваемость внимания характерна для паранойяльных личностей, больных эпилепсией, а также для депрессивных больных.

**Защита прав граждан пожилого возраста и инвалидов** – действия или бездействие должностных лиц органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности, а также должностных лиц, повлекшие нарушения прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания, могут быть обжалованы в суде. Нарушение законодательства Российской Федерации о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов влечет за собой уголовную, гражданско-правовую и административную ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации (ст. 38 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»), (см. **Законодательство РФ о социальном обслуживании граждан пожилого возраста**).

**Защитное фантазирование** – см. **Фантазирование компенсаторное**.

**Здоровье** – состояние человека, характеризующееся полным физическим, духовным и социальным благополучием, а не только отсутствием болезни или физических дефектов. В настоящее время здоровье человека рассматривается как интегративная характеристика личности, охватывающая как ее внутренний мир, так и все своеобразие взаимоотношений с окружением. Определений здоровья великое множество, но показателями здоровья служат генетическое здоровье, физическое здоровье, соответствие возрасту уровня физического развития, частота и структура острой заболеваемости, наличие или отсутствие острой патологии, способность легко адаптироваться к условиям существования, психическое здоровье и социальное благополучие.

- **Физическое здоровье** – в самом общем смысле, это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам

среды обитания, уровням физического развития, физической и функциональной подготовленности к выполнению физических нагрузок.

- **Психическое здоровье** – состояние душевного благополучия, которое характеризует не только отсутствие болезненных психических проявлений, но и отражает общественные нормы и ценности. Основные критерии психического здоровья:
  - соответствие субъективных образов отражаемым объектам действительности, а характера реакции – внешним раздражителям и значению жизненных событий;
  - адекватный возрасту уровень зрелости познавательной и эмоционально-волевой сфер;
  - адаптивность в микросоциальном окружении;
  - способность управлять своим поведением, разумно планировать жизненные цели.
- **Социальное здоровье** личности зависит от успешности ее социализации (см. **Социализация**), соответствия личностного и профессионального самоопределения, удовлетворенности семейным и социальным статусом, гибкости жизненных стратегий и их соответствия социокультурной ситуации (экономическим, социальным и психологическим условиям).
- **Духовное здоровье** – включает приверженность нравственным категориям, таким как совесть, чувство стыда, осмысленность и целеустремленность в жизни, творческие отношения и гармония с собой и окружающим миром, Любовь и Вера, готовность осуществлять альтруистические поступки.

**Знания** – совокупность сведений, познаний в какой-либо области. В совокупности с навыками и умениями обеспечивает правильное отражение в представлениях и мышлении действительность, что помогает определить свое отношение к последней. По мере накопления новых знаний происходит овладение оценочными понятиями и суждениями. Сопоставляя новые знания с уже освоенными знаниями и понятиями, человек формирует свое отношение не только к объектам познания, но и к самому себе.

**Занятость** – деятельность граждан, связанная с удовлетворением личных и общественных потребностей, не

противоречащая законодательству и приносящая им, как правило, заработок, трудовой доход.

**Зона ближайшего развития** – 1. Возможности в психическом развитии, открываемые при минимальной помощи субъекту со стороны.

2. Расхождение между уровнем актуального развития, которое определяется степенью трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно, и уровнем потенциального развития, которого ребенок может достигнуть, решая задачи под руководством взрослого. Понятие введено Л. С. Выготским, показавшим, что реальные отношения умственного развития к возможностям обучения могут быть выявлены с помощью определения уровня актуального развития ребенка и его зоны развития ближайшего; обучение, создавая последнюю, «ведет» за собой развитие; и действительно только то обучение, что «забегает вперед» развития. Положение о зоне развития ближайшего легло в основу разрабатываемой в отечественной психологии возрастной и психологии педагогической концепции о соотношении обучения и развития умственного ребенка. Зона ближайшего развития отражает основной принцип человеческого развития – оно происходит в процессе сотрудничества.

**Зрение монокулярное** – процесс видения одним глазом.

**Зрительная перцептивная система** – многоуровневая функциональная система, включающая механизмы межнейронного взаимодействия на различных уровнях зрительного анализатора (см. **Зрительный анализатор**), механизмы взаимодействий зрительной проекционной и ассоциативных областей коры, а также корково-подкорковые взаимоотношения. Обработка зрительной информации производится не только в периферическом и центральном корковых отделах проекционной системы (сетчатка – латеральное коленчатое тело – зрительная кора), но и в ассоциативных корковых областях.

**Зрительное восприятие** – совокупность процессов построения видимого образа окружающей действительности. Наряду с задачей отражения предметов и их свойств оно выполняет также важную проприоцептивную функцию, участвуя в регуляции движений наблюдателя.

**Зрительно-моторные координации** – взаимодействие зрительной и кинестетической чувствительности в процессе выполнения интегративных видов деятельности.

**Зрительный анализатор** – сложная нервная организация, включающая три отдела: периферический (глаз), проводниковый (зрительный нерв), подкорковые нервные образования и центральный



конец зрительного анализатора в затылочной области коры больших полушарий мозга.

## И

**Иатрогения (ятрогения)** – невротическая реакция, вызванная неправильным поведением врача или медицинского персонала.

**Иглокальвание** – заключается в воздействии на организм с лечебной целью различных по силе, характеру, интенсивности и продолжительности раздражений, наносимых в строго определенные точечные участки, расположенные в области кожной поверхности головы, лица, туловища и конечностей посредством специальных (акупунктурных) металлических игл.

**Игра** – особая форма деятельности, отличительными чертами которой являются выполнение действий и переживание чувств в воображаемом плане. Игра развивается от предметной (процессуальной) игры через сюжетно-ролевую игру к игре с правилами. Разновидности игр:

- **игра процессуальная (предметная)** – разновидность игровой деятельности детей, характерная для раннего возраста, сущность которой состоит в овладении значениями предметов окружающего мира посредством условных действий с игрушкой-персонажем, является этапом в развитии сюжетно-ролевой игры дошкольников;
- **игра сюжетно-ролевая (ролевая, творческая)** – ведущая деятельность дошкольного возраста, в развернутом виде представляет собой деятельность, в которой дети берут на себя роли взрослых и в обобщенной форме в специально создаваемых игровых условиях воспроизводят деятельность взрослых и отношения между ними;
- **игра с правилами** – групповая или парная игра, в которой действие участников и их взаимоотношения регламентированы правилами, обязательными для всех играющих;
- **игра дидактическая** – специально созданная игра, выполняющая определенную дидактическую задачу, скрытую от ребенка в игровой ситуации за игровыми действиями;

- **игра-драматизация** строится с опорой на сюжетную схему какого-либо литературного произведения или сказки. Сюжет такой игры в большей или меньшей степени повторяет сюжет выбранного детьми произведения; роли соответствуют действующим лицам разыгрываемого произведения;
- **игра режиссерская** – особый вид индивидуальной игры, которая строится ребенком в двух планах: за себя как режиссера и за игрушку, наделенную определенной ролью.

**Игровая терапия** 1. Форма коммуникационной терапии, основана на использовании ролевой игры как одной из наиболее сильных форм воздействия на развитие личности. Процедура игровой психотерапии включает в себя выполнение группой специальных упражнений, предполагающих вербальные и невербальные коммуникации, проигрывание различных ситуаций. В этом процессе происходит создание личностных отношений между участниками группы, за счет чего у них снимается напряженность и страх перед другими людьми, повышается самооценка.

2. Комплекс реабилитационных игровых методик, форм, средств, ситуаций. Уникальность реабилитационного воздействия игры на инвалида ставит данное направление социокультурной деятельности в разряд наиболее эффективных. В психологии игротерапия рассматривается как средство раскрепощения патологических психических состояний человека, в реабилитологии она является также средством социализации, развития, воспитания, адаптации, рекреации и т. д.

Уникальность игровой терапии состоит в том, что травмирующие жизненные ситуации переживаются в условном, ослабленном виде, хотя эмоциональное отражение их достаточно реально; она помогает апробировать типы поведения, выделив наиболее подходящие для конкретной личности в конкретных жизненных обстоятельствах. В процессе целенаправленной игротерапии меняется не только самооценка инвалида, но и изменяется его статус в группе, меняется эмоциональная микросреда. Наиболее распространенные формы игротерапии: игровой тренинг, театральная, состязательность, совместная деятельность «на равных», воспитывающая ситуация, импровизация.

**Игровая терапия для аутичных детей** – форма коммуникационной психотерапии, основана на игровых занятиях и ориентирована, прежде всего, на установление положительного

эмоционального контакта между детьми и терапевтом. В такой терапии реализуются правила: эмоционального принятия, широкого круга дозволенных действий, акцентирования эмоций. В этом процессе корректируются подавляемые ребенком негативные эмоции (страхи, неуверенность в себе), он становится более открытым к общению, увеличивается диапазон доступных ребенку действий с предметами. При этом используются рисование, игры с разнообразными игрушками, водой, песком.

**Игротерапия** – метод лечебно-педагогического воздействия на детей и взрослых, страдающих эмоциональными нарушениями, страхами, неврозами и т. п. В основе различных методик, определяемых этим понятием, лежит признание игры важным фактором развития личности.

**Игнорирование** – метод педагогического и психотерапевтического воздействия, сущность которого заключается в фиксации педагогом (психологом, психотерапевтом) неблагоприятного состояния субъекта, но внешне при этом демонстрируется незамечание того, что происходит. Говорить об игнорировании как о методе специальной педагогической технологии, а не как о равнодушном, безучастном отношении к субъекту, можно только при условии применения игнорирования как обоснованного и целенаправленного профессионального выбора (см. **Педагогическая технология**). Применяется с целью постепенного угасания накала состояния. Воспитаннику (пациенту, реабилитанту), находящемуся в особом состоянии (печали, задумчивости, подавленности, депрессии, обиды, возбуждении и пр.), иногда не следует показывать, что в его действиях видят исключительность. Это необходимо бывает, например, потому, что некоторые не хотели бы в данный момент оказаться в центре внимания, другие – стараются преувеличить свои отклонения, третьи – отказываются нести ответственность за свои поступки, для четвертых – это способ манипулирования педагогом (психологом, психотерапевтом, специалистом по реабилитации). Прием игнорирования достаточно сложен, неправильное его применение может повлечь за собой серьезные психологические проблемы и педагогические ошибки. В то же время его применение в работе с асоциальными детьми, личностями демонстративного типа, при соматических реакциях на ситуации внешней среды, при работе с пациентами, предъявляющими избыточное количество жалоб, и пациентами, склонными к ипохондрии, дает хорошие результаты.

**Идиотия** – самая глубокая степень умственной отсталости (IQ <20). Детям-идиотам недоступно осмысление окружающего, их

речевая функция развивается крайне медленно и ограниченно, в ряде случаев речевые звуки не развиваются вообще, отсутствуют даже простые жизненные навыки. Дети-идиоты имеют нарушения моторики, координации движений и праксиса, ориентировки в пространстве, иногда очень тяжелые, вынуждающие их к лежачему образу жизни.

**Иждивенец** – гражданин, не имеющий каких-либо источников материальных доходов независимого жизнеобеспечения (существования), т. е. человек, полностью состоящий на чьем-либо иждивении (несовершеннолетний, больной, инвалид, престарелый и т. д.).

**Иждивение** – обеспечение неработающего (больного, инвалида, престарелого, несовершеннолетнего и т. п.) средствами, необходимыми для существования.

**Измеритель функциональной независимости** – международный стандарт в реабилитации (шкала FIM), представляющий собой оценку функционального статуса пациента в зависимости от его способности вести независимое существование.

**Изоляция** – исключение индивида из обычных отношений, что может наблюдаться при особых условиях работы (зимовки, космический полет), при психических заболеваниях или при поражении анализаторов; проявляется в виде состояния дремоты, апатии, раздражительности; происходит потеря ориентировки во времени; нарушается способность к мышлению и воспоминаниям, возможны иллюзии и галлюцинации.

**Изоляция сенсорная** – резкое ограничение разнообразия обычных сенсорных нарушений (зрительных, слуховых и пр.), может быть полной или частичной.

**Изотерапия в реабилитации** – универсальный психотерапевтический, интердисциплинарный (на стыке медицины, психологии, педагогики, культуры, социальной работы) метод, используемый в целях комплексной реабилитации и направленный на устранение или уменьшение нервно-психических расстройств, восстановление и развитие нарушенных функций, компенсаторных факторов, формирование способностей к игровой, учебной, трудовой деятельности в процессе занятия специфическими, целенаправленными видами творчества. Изотерапия преследует две основные задачи:

- восстановление индивидуальной и общественной ценности инвалида;

- восстановление утраченных функций организма и приобщение к деятельности.

Особенности рисунка являются отражением индивидуально-психологических свойств личности. Рисование может быть и психодиагностическим, и психокоррекционным. Например, по тональному и цветовому решению, ритмике и композиции рисунка, по выбору персонажей, сюжета можно судить о наличии тех или иных проблем в психологии человека и его мироощущении. Рисование может служить и способом решения психологических, внутриличностных проблем (страхи, тревога, неуверенность, одиночество, преодоление негативных переживаний).

Для изотерапии не требуется художественных способностей, главное, чтобы человек через рисунок смог выразить свое внутреннее состояние, свои ощущения и переживания. Будучи напрямую связанным с высшими психическими функциями – зрительным и тактильным (при рисовании пальцами) восприятием, моторной координацией, речью, мышлением – рисование не просто способствует развитию каждой функции, но и связывает их между собой, помогая человеку упорядочить усваиваемые знания и умения, оформить и зафиксировать свои представления об окружающем мире.

**Икота** – см. **Гиперкинез**.

**Имбецильность** (от лат. imbecillus – слабый, немощный) – более легкая по сравнению с идиотией степень умственной отсталости (IQ 20 – 49). В зависимости от глубины психического недоразвития обладают определенными возможностями овладения речью и школьными знаниями, усваивают простые формы самообслуживания и отдельные несложные трудовые навыки. Наличие грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы у детей обуславливает необходимость их воспитания во вспомогательной школе. В жизни они остаются несамостоятельными и нуждаются в руководстве, надзоре и помощи при выполнении более сложных видов деятельности в быту.

**Имидж** – облик, форма жизнепроявления человека, благодаря которой «на люди» выставляются сильно действующие личностно-деловые качества; выступает как общественное признание и оценочное отношение. Для успеха имиджа необходимо учитывать его яркость, узнаваемость, соответствие ожиданиям социальной среды. Приоритетными характеристиками для положительного имиджа являются человеческая привлекательность, личное обаяние, интеллигентность, впечатление здорового и счастливого человека,

позитивная модальность настроения, интерес к людям и их проблемам, уверенность в себе, оптимизм, активность, индивидуальный стиль деятельности и общения, культура, эрудированность, профессионализм. Имидж формируется как сознательно, так и непроизвольно самим человеком или его окружением.

**Иммигрант** – человек, покинувший территорию (страну) постоянного проживания, вселившийся в другую страну на постоянное жительство и зарегистрированный в миграционной службе (имеющий специальное удостоверение).

**Иммунитет** – невосприимчивость организма к инфекционным агентам и чужеродным веществам, способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетически чуждой информации. Иммунитет обеспечивается защитными свойствами кожи и слизистых оболочек, клетками иммунной системы и др. Естественный (врожденный) иммунитет обусловлен наследственно закрепленными особенностями организма. Приобретенный активный иммунитет возникает после перенесенного заболевания или введения вакцин. Приобретенный пассивный иммунитет развивается при искусственном введении сыворотки, содержащей готовые антитела или при передаче антител ребенку с молоком матери.

**Иммунная система** – защитная система, с помощью которой организм борется с повреждениями, инфекциями и другими болезнями.

**Иммунодепрессанты** – лекарства, угнетающие иммунную систему, которая начинает разрушать ткани тела, вместо того чтобы защищать их. Применяются при операциях пересадки органов и тканей для профилактики реакции отторжения пересаженного органа.

**Имплантация** – пересадка органов или тканей для полного или частичного восстановления их функции.

**Импульсивность** – склонность к совершению необдуманных случайных действий.

**Инвалид** – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

**Инвалидность** (от лат. *invalidus* – слабый, немощный) – 1. Социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма и ограничения жизнедеятельности. Инвалидность является юридическим фактом,

имеющим значение при пенсионном обеспечении граждан, при обеспечении пособиями по государственному медицинскому страхованию, при установлении льгот и компенсаций по социальному обеспечению и диктует необходимость социальной защиты.

2. Один из показателей здоровья населения; статистические данные об общем числе инвалидов в населении, числе больных с впервые за отчетный период (как правило год) установленной инвалидностью.

**Инвалидность пожилых** – стойкое нарушение функций организма у пожилого человека в результате заболевания, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

**Инвалидный спорт (инваспорт)** – 1. Составная часть физической культуры, средство и метод физического воспитания для инвалидов, способствует более полной социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество. 2. Система организации, подготовки и проведения спортивных соревнований среди лиц со сниженными возможностями.

**Индекс Бартеля** – см. **Бартель-индекс**.

**Индивид** – определенный представитель человеческой общности, социальное существо, использующее орудия, знаки и через них овладевающее собственным поведением и психическими процессами. Самые общие характеристики индивида:

- целостность психофизической организации, что указывает на системность связей между многообразными функциями и механизмами, реализующими жизненные отношения индивида;
- устойчивость во взаимоотношениях с внешним миром, определяет собой сохранность основных отношений индивида к действительности, предполагая, однако, существование моментов пластичности, гибкости, вариативности;
- активность, обеспечивающая способность индивида к самоизменению, сочетает в себе зависимость от ситуации с преодолением ее непосредственных воздействий.

**Индивидуализация** – одно из понятий, которое позволяет описывать отношение человека к самому себе, процесс самоформирования личности, осознание человеком собственной неповторимости как ценности. Способность признавать и сохранять

индивидуальность в себе и в других – это один из важнейших параметров психического здоровья.

**Индивидуальная нуждаемость в услугах социального обслуживания** – степень потребности гражданина в услугах социального обслуживания, необходимых для поддержания нормальной жизнедеятельности, заявленная им самим или выявленная работниками социальных служб. См. **Оценка индивидуальной нуждаемости в услугах социального обслуживания**.

**Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР)** – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, разработанный на основании решения Федеральной службы медико-социальной экспертизы. Включает в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, психологических, социальных, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление и/или компенсацию нарушенных функций организма, способностей к жизнеобеспечению и выполнению определенных видов деятельности.

**Индивидуальная программа реабилитации пострадавшего на производстве (ПРП)** – разработанный специалистами Федеральной службы медико-социальной экспертизы на основе заключения клинико-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения комплекс мер по медицинской, социальной, профессиональной реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, оплачивается из средств Фонда социального страхования.

**Индивидуальная профилактическая работа** – деятельность социальных служб, направленная на своевременное выявление несовершеннолетних и их семей, находящихся в социально опасном положении, а также их социально-педагогическую реабилитацию и (или) предупреждения совершения ими правонарушений и других антиобщественных действий.

**Индивидуальная работа со случаем (social casework)** – метод психосоциальной работы, в котором социальный работник (или психотерапевт) выступает в качестве основного и единственного инструмента воздействия на клиента. При этом контакт социального работника может осуществляться с одним клиентом или группой лиц (например, членами семьи клиента). Социальная работа с группой в таких случаях понимается как особая форма индивидуальной работы.

Основными этапами индивидуальной работы являются: открытие случая, контакт, диагностика (определение потребностей



клиента), установление целей, планирование работы (с оценкой барьеров), осуществление интервенции, мониторинг и контроль, оценка вмешательства, закрытие случая.

**Индивидуальная трудовая терапия** имеет целью направленные восстановление нарушенных функций; чаще всего опорно-двигательного аппарата, с помощью специальных методик. См. также **Групповая трудовая терапия**, **Коллективная трудовая терапия**.

**Индивидуальность** – человек, характеризуемый со стороны своих социально значимых отличий от других людей; своеобразие психики и личности индивида, ее неповторимость. Проявляется в чертах темперамента, в специфике интересов, качестве перцептивных процессов и интеллекта, потребностей и способностей индивида.

**Индивидуальный уровень активности** – см. **Активация**.

**Инертность** – понятие, используемое в психофизиологии для обозначения низкой подвижности нервной системы, при которой характерны трудности в переключении условных раздражителей с положительного модуса на тормозной и наоборот. При патологических нарушениях, например, при поражении лобных долей головного мозга, инертность может проявляться в виде персеверации.

**Инициатива** – проявление субъектом активности, не стимулированной извне и не определенной независимыми от него обстоятельствами.

**Инклюзия** – реформирование школ и перепланировка учебных заведений так, чтобы они отвечали нуждам и потребностям всех без исключения детей. Дети со специальными образовательными потребностями размещаются в обычных учреждениях, где считается важным снять все барьеры на пути к полному участию каждого ребенка в образовательном процессе как ценного уникального индивида.

**Инкубационный период** – скрытый период от момента внедрения в организм возбудителя инфекции до появления первых признаков заболевания. При различных инфекционных заболеваниях инкубационный период будет различным. В конце инкубационного периода больной уже может быть заразным.

**Инсульт** – см. **Нарушение мозгового кровообращения**.

**Интегративное обучение аномальных детей** – см. **Обучение интегративное**.

**Интегративная деятельность мозга** – системные взаимодействия различных структур мозга, осуществляющих физиологические процессы во время реализации различных функций,

видов жизнедеятельности и форм адекватного, приспособительного целостного поведения.

**Интеграция** – создание внутреннего единства, сплоченности, что выражается в коллективной идентификации, появления чувства МЫ, принятие общегрупповых норм регуляции поведения.

**Интеграция в общество** – процесс восстановления разрушенных связей человека с обществом, обеспечивающий его включенность в основные сферы жизнедеятельности: труд, быт, досуг. Социальная интеграция – это своего рода итог социальной работы в той сфере, где человек был лишен возможности равноправно жить в обществе (бомж, инвалид, пожилой человек, асоциальный ребенок и т. д.). Интеграция достигается за счет социальной реабилитации человека.

**Интеллект** – способность абстрактного мышления, рационального познания. К интеллектуальным функциям относят внимание, мышление, память и подразумевается определенный уровень развития мыслительной деятельности личности, обеспечивающий возможность приобретать новые знания и эффективно использовать их в ходе жизнедеятельности (см. **Коэффициент интеллекта**).

**Интеллектуальный дефект** – необратимое нарушение мышления (умственная отсталость).

**Интеллигентность** – совокупность личностных качеств, отвечающих социальным ожиданиям. Первоначально – производное от понятия интеллигенции, означающего условную группу, объединяющую представителей свободных профессий (ученых, художников, писателей и т. д.). К числу основных признаков интеллигентности относятся:

- обостренное чувство социальной справедливости;
- приобщенность к богатствам мировой и национальной культуры;
- следование велениям совести, а не внешним императивам;
- тактичность и личностная порядочность;
- способность к состраданию;
- принципиальность в сочетании с терпимостью к инакомыслию.

**Интенсивность внимания** – см. **Внимание**.

**Интервью** – способ получения информации с помощью устного опроса. Для этих целей используются различные формы интервью:

- **интервью диагностическое** – метод получения информации о личностных особенностях, мотивах, интересах и других характеристиках индивида;
- **интервью клиническое** (см. **Клиническое интервью**).

См. также **Беседа клиническая**.

**Интерес** – форма познавательной потребности, направленность на тот или иной объект, положительное отношение к определенной области труда, сфере деятельности. Различают непосредственный интерес, вызываемый привлекательностью объекта, и опосредованный интерес к объекту как средству достижения целевой деятельности.

**Интерференция** 1. *В психологии*: Взаимоподавление одновременно выполняемых процессов (прежде всего относящихся к познавательной сфере), обусловленное ограниченным объемом распределяемого внимания.

2. *В педагогике*: Ухудшение сохранения запоминаемого материала в результате воздействия (наложения) другого материала, с которым оперирует субъект. Изучается в контексте исследований памяти и процессов научения в связи с проблемой навыка. Интерферирующее влияние одного материала на другой проявляется либо в уменьшении объема и ухудшении качества воспроизводимого материала, либо в увеличении времени решения задачи (при интерференции селективной). Понятие интерференции лежит в основе ряда психологических теорий забывания. В зависимости от последовательности заучиваемого и интерферирующего материала различаются интерференция ретроактивная и проактивная:

- **проактивная интерференция** – явление мнемической деятельности, состоящее в ухудшении сохранения заучиваемого материала под влиянием предварительно заученного (интерферирующего) материала, увеличивается при возрастании степени заучивания интерферирующего материала и увеличении его объема, а также по мере нарастания степени сходства заучиваемого и интерферирующего материала;
- **ретроактивная интерференция** – ухудшение сохранения заученного материала, вызванное заучиванием или оперированием с последующим (интерферирующим) материалом, относительная величина ее уменьшается по мере достижения устойчивого критерия усвоения первоначального материала, возрастает по мере увеличения сходства

заученного и интерферирующего материала и достигает максимума при их совпадении.

**Интенференция навыков** – перенос уже выработанных частных навыков на вновь формируемое действие на основании их частичного, чисто внешнего сходства, приводящий к затруднениям усвоения нового навыка.

**Интоксикация** (лат. приставка in – в, внутрь и греч. toxicon – яд) – болезненное, патологическое состояние, обусловленное действиями на организм токсических веществ, поступающих извне (микробные токсины) или вредных токсических веществ, которые могут вырабатываться в самом организме (самоотравление).

**Интранатальные факторы риска** – различные условия внешней или внутренней сферы организма, способствующие развитию патологических состояний. К ним относятся: нефропатия, преэклампсия, эклампсия, несвоевременное излитие околоплодных вод, быстрые и стремительные роды, клинически узкий таз, предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты, выпадение пуповины и другая патология родов, которые могут привести к врожденным аномалиям развития плода, врожденной гипотрофии, рождению недоношенного или переносенного ребенка, внутричерепной родовой травме, к асфиксии плода и новорожденного. Следует отметить, что интранатальные факторы риска более существенно влияют на показатели пренатальной смертности, чем пренатальные (см. **Перинатология, Пренатальные факторы риска**).

**Интрапунитивность** – склонность постоянно обвинять за все неудачи самого себя.

**Интроверсия** – замкнутость, высокая избирательность в общении, обращенность сознания к самому себе, поглощенность собственными проблемами и переживаниями, сопровождаемая ослаблением внимания к окружающему. Одна из базовых черт личности. Противоположное понятие – экстраверсия.

**Инфантилизм** – сохранение в организме и психике человека особенностей, присущих раннему возрасту. Физический инфантилизм может быть вызван инфекционными заболеваниями, интоксикациями, неполноценным питанием, наследственными и внутриутробными факторами и т. п. Инфантилизм проявляется в задержке роста, которая впоследствии, как правило, компенсируется. Психический инфантилизм представляет собой отставание в личностном развитии (общее – гармонический инфантилизм; характеризующееся специфическими отклонениями – дисгармонический инфантилизм: истерический, психопатический и др.); преимущественно обусловлен

недостатками воспитания, поэтому решающую роль в его преодолении играет адекватное социально-педагогическое воздействие.

**Инфекция** – внедрение и размножение в организме болезнетворных микроорганизмов, сопровождающееся комплексом реактивных процессов, что может привести к инфекционному заболеванию, бактерионосительству или гибели микробов. Источник возбудителя инфекции заражает здоровых при соприкосновении (контактная инфекция), через рот с водой и пищей (элементарный путь попадания микроорганизмов), воздушно-капельным путем, а также через членистоногих переносчиков.

**Информатизация системы реабилитации инвалидов** – создание информационно-технологической базы и обеспечение эффективной информационной поддержкой планирования и проведения реабилитации. Основными задачами информатизации системы реабилитации являются:

- обеспечение доступа населения к информации в сфере реабилитации;
- распространение информации по реабилитации среди всех политических и административных органов на государственном, территориальном и местном уровнях;
- сбор и распространение информации о потребности инвалида в медико-социальной реабилитации;
- повышение качества медико-социальной реабилитации инвалидов путем использования микропроцессорной и вычислительной техники на этапах реабилитации;
- осуществление мониторинга за состоянием и развитием системы реабилитации инвалидов и ее влиянием на инвалидность;
- моделирование последствий осуществления крупномасштабных проектов в сфере реабилитации инвалидов до их реализации;
- внедрение новых информационных технологий и систем принятия решений в области реабилитации инвалидов.

Информационные учреждения системы реабилитации инвалидов могут быть следующих видов: информационно-статистические; информационно-консультативные; информационно-исследовательские.

**Ипохондрия** – болезненное состояние или заболевание, характеризующееся чрезмерным вниманием к своему здоровью, страхом перед неизлечимыми болезнями, склонностью преувеличивать болезненные явления и приписывать себе несуществующие тяжелые недуги. Наблюдается при астено-невротических состояниях, психастенической психопатии, акцентуации характера, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе; в психоанализе – фиксация внимания пациента на своем теле.

**Иппотерапия (райдтерапия)**, (от греч. hippos – лошадь) – нейрофизиологически ориентированная терапия, использование верховой езды и общение с лошадьми в процессе реабилитации лиц с ограниченными двигательными и психическими (интеллектуальными) возможностями, в первую очередь, с ограниченной подвижностью. Идущая шагом лошадь служит терапевтическим средством воспроизведения двигательной активности. Одновременно такая двигательная коррекция тренирует мускулатуру, устраняя ее непропорциональность, и регулирует мышечный тонус, что позволяет увеличивать объем двигательной активности суставов.

Лечебный эффект при двигательных нарушениях неврологического характера в лечебной верховой езде основан на взаимодействии лошади и всадника. Взрослая лошадь, двигаясь шагом, сообщает наезднику около 110 разнонаправленных колебательных движений. Перемещение лошади передает ее двигательные паттерны центру тяжести всадника, то есть поясничному отделу его позвоночника и тазовой области, воспроизводя движения, которые человек сам совершает во время ходьбы. Поскольку ноги всадника не несут его веса, так как он находится в седле, верховая езда представляет собой тренинг позвоночного столба всадника, а с помощью слабых координационных реакций вырабатываются и тренируются удержание равновесия и компенсаторные мышечные сокращения. Одновременно такая двигательная коррекция тренирует мускулатуру, устраняя ее непропорциональность, и регулирует мышечный тонус, что позволяет увеличивать объем двигательной активности суставов. Подобный эффект не может быть достигнут никаким другим видом лечения.

В России иппотерапия активно используется как реабилитационный метод с конца 90-х гг. XX в. Особенно эффективен в реабилитации детей с ДЦП, олигофренией и т. д. Однако следует отметить, что далеко не всегда использование лошади в реабилитации больных и инвалидов является иппотерапией (см. **Лечебная верховая езда**). Иппотерапию как метод нейрофизиологической реабилитации

имеет право осуществлять только специальная команда, состоящая из лечащего врача (как правило, невролога), физиотерапевта, прошедшего специальную подготовку по иппотерапии, и ассистент физиотерапевта, который должен быть надежным и опытным в обращении с лошадьми. Работа лечащей команды основана на глубоком анализе движений пациента, особенностей нрава лошади, размера животного и пр.

Достижение реальных результатов в коррекции двигательных нарушений в ходе занятий иппотерапией содействует изменениям и в социально-психическом статусе инвалида, приводит к повышению его самооценки, жизненной активности, нарастанию мотивации к реабилитационному процессу.

**Иррадиация** – способность нервного процесса распространяться из места своего возникновения на другие нервные элементы. Согласно И. П. Павлову, иррадиация возбуждения лежит в основе генерализации условного рефлекса и зависит от интенсивности стимула. Установлено, что эффект генерализации является результатом включения активирующих подкорковых структур. Согласно концепции П. К. Анохина, иррадиация торможения сводится к внешнему выражению степени доминантности биологически отрицательной реакции и ее тормозящего действия на другие реакции.

**Истерический синдром** – см. **Невротический синдром**.

**Истерия** – заболевание, относящееся к группе неврозов, связанное с чрезмерной склонностью к внушению и самовнушению, слабостью сознательного контроля над поведением и проявляющееся в различных психических отклонениях, нарушениях чувствительности, двигательной сферы и функций внутренних органов и др. Дети, склонные к истерии, как правило, возбудимы, капризны, способны на противоречивые действия. Болезнь проявляется в повышенной раздражительности в сочетании с волевыми расстройствами (абулия).

Наблюдается демонстративное поведение, при слабой интенсивности переживаний их внешнее выражение весьма утрированно (крики, плач, обмороки), что направлено на привлечение к себе внимания других людей. Истерические неврозы нередко маскируются под различные заболевания, особенно часты двигательные расстройства, параличи, нарушения координации движения, расстройства сенсорики и болевой чувствительности, заикание, различные расстройства речи (беззвучие, немота). Нередко выявляется «условная желательность» симптомов.

**Источник дохода** определяется из следующих основных постоянных источников материального вознаграждения: заработная плата, стипендия, пенсия, алименты и т. д.

**Источники социального развития** – то, что питает и на основании чего имеет место социальное развитие человека; подразделяются на внутренние и внешние.

- **Внутренние источники социального развития человека:**
  - потенциал развития, полученный человеком с рождения и приобретенный им в процессе жизнедеятельности, развития, воспитания и самосовершенствования;
  - взаимосвязь и взаимообусловленность в развитии биологического, физиологического, психологического и социального; характерно, что задержка социального развития отрицательно сказывается на развитии остальных факторов, хотя на развитии социального фактора сказывается уровень психического развития человека;
  - степень развития органов чувств, т. к. именно они помогают человеку познавать среду жизнедеятельности, развиваться; при недостаточном развитии органов чувств ребенок получает неадекватное представление о мире;
  - степень сохранности и функционирования врожденных рефлексов.
- **Внешние источники социального развития человека** – относится все то, что окружает ребенка и с чем он непосредственно и опосредованно взаимодействует.

## **К**

**Кабат-терапия** – метод нейрофизиологической реабилитации, впервые описанный американским терапевтом-нейрофизиологом Кабатом в 1945 г. Суть метода заключается в том, что стимуляция с помощью специфических движений инициирует целевые реакции, которые, в свою очередь, служат образцами для соответствующих двигательных паттернов. Наиболее эффективные двигательные паттерны развиваются диагонально (по спирали), их развитие происходит в результате растягивания и сжимания частей тела



посредством сгибания, разгибания, абдукции (приведения) и аддукции (отведения), а также вращения. Терапевт придает пациенту необходимое положение, которое, в случае необходимости, с силой удерживает. Эти пассивные движения скорректируют в различных тканях тела двигательные паттерны и обеспечат их сохранение (и представления о них) в центральной нервной системе. Данные паттерны могут быть встроены для периферического контроля над соответствующими движениями. Применение определенных комбинаций движений требует знания анатомии, нейрофизиологии и генетики наряду с умением расчленять движения на отдельные составляющие.

**Каприз** – мелкая прихоть, причуда без действительной потребности, надобности, необходимости.

**Каприз детский (капризы детей)** – стремление детей, прежде всего дошкольного и младшего школьного возрастов, делать нечто вопреки предписаниям взрослых. Часто сопровождается плачем или криком. Благоприятными условиями для появления капризов служат переутомление, слабость нервной системы, повышенная эмоциональная возбудимость. Капризы могут возникать в ответ на слишком потакающие действия взрослых, на их противоречивые требования, на применение слишком строгих мер. Капризы могут свидетельствовать о фрустрации потребностей ребенка (в любви, внимании, автономии) или об эмоциональной травме.

**Карта клиента (личная карта клиента)** – форма, используемая некоторыми социальными работниками и социальными службами для ведения специальных целенаправленных записей процесса вмешательства в случае с каждым клиентом. В личной карте клиента содержатся начальная информация, план вмешательства, оценки состояния клиента, записи происходящих прогрессивных изменений.

**Карта когнитивная** – субъективная картина, имеющая прежде всего пространственные координаты, в которой локализованы отдельные воспринимаемые предметы, образы ситуаций знакомого пространственного окружения. Создаются и изменяются в ходе активного взаимодействия субъекта с миром. Могут формироваться различной степени общности, «масштаба» и организации: карта-путь, как последовательное представление связей между объектами по определенному маршруту, и карта-обозрение, как одновременное представление пространственного расположения объектов.

**Каталепсия** – снопоподобное состояние, характеризующееся понижением чувствительности к внешним и внутренним стимулам,

«восковой гибкостью» (непроизвольным сохранением любой позы без видимых усилий). Может возникнуть в гипнотическом сне, а также при некоторых психических заболеваниях (шизофрении, истерии).

**Катамнез** – совокупность сведений, сообщаемых врачу по окончании лечения самим больным или знающими его лицами. Катамнез является сводкой всей информации о больном, собираемой однократно или многократно по окончании первоначального наблюдения за ним.

**Катаракта** – помутнение хрусталика. Различаются приобретенные и врожденные формы катаракты. Степень снижения зрения зависит от местоположения и интенсивности помутнения. При полном помутнении хрусталика зрение снижается до светоощущения.

**Каудальные отделы полушария** – задние отделы, обычно затылочная, задневисочная, теменная, височно-теменно-затылочная области.

**Кахексия** – общее истощение организма при злокачественных опухолях (раковая кахексия), длительных интоксикациях (интоксикационная кахексия), поражениях гипофиза (гипофизарная кахексия) и других тяжелых заболеваниях.

**Качество жизни** – интегральная содержательная характеристика образа жизни индивида или социальной общности, обычно используемая при их сопоставлении с другими индивидами и общностями. Качество жизни складывается из ряда более частных показателей, фиксирующих состояние различных аспектов, сторон и условий жизнедеятельности, может быть охарактеризовано на трех уровнях: общество, социальная общность, личность. Отражает общую удовлетворенность жизнью, удовлетворение важнейших сторон жизнедеятельности и потребностей, уверенность в завтрашнем дне, наличие реальных перспектив социального продвижения и возможности для развития задатков и способностей, полноту участия в жизни общества. Уровень субъективного качества жизни больного или инвалида определяется в основном тяжестью соматического статуса и сопутствующей заболеванию депривацией ряда индивидуально значимых потребностей, способствующих формированию состояния хронической эмоциональной неудовлетворенности, что расценивается как низкий уровень качества жизни. Субъективная оценка качества жизни тесно связана с состоянием внутренней картины болезни. Качество жизни может служить обобщающим критерием эффективности реабилитации инвалидов в динамике.

**Качество социальных услуг** – см. **Качество услуг социального обслуживания**.

**Качество услуг социального обслуживания (качество социальных услуг)** – совокупность свойств социальной услуги, определяющая ее возможность и способность наиболее полно и своевременно удовлетворять индивидуальные потребности клиента (клиентов) социальных служб в помощи и содействии, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом, а также осуществлять его социальную адаптацию и социальную реабилитацию.

**Квалификация** – уровень подготовленности, мастерства, степень годности к выполнению труда по определенной специальности или должности. Определяется разрядом, классом, званием и другими квалификационными категориями.

**Кератит** – воспаление роговой оболочки, сопровождающееся снижением остроты зрения, появлением светобоязни, слезотечения, спазмом круговой мышцы век. Следствием перенесенного кератита нередко является помутнение роговицы.

**Кинезогидротерапия** – общее название форм лечебной физкультуры, при которых дозированные движения сочетаются с воздействием воды на организм больного; включает лечебную гимнастику при приеме местных и общих ванн, плавание и игры в бассейнах и открытых водоемах.

**Кинезиотерапия (кинезотерапия)** – методы восстановления утраченных или ограниченных вследствие заболевания или травмы двигательных функций через движение. Перед кинезиотерапией ставятся следующие задачи:

- подавить патологические двигательные реакции больного и урегулировать безусловно-рефлекторную деятельность;
- улучшить координацию движений – элементы основной двигательной деятельности;
- стабилизировать прямое положение тела, обучить самостоятельному стоянию и ходьбе, улучшить общую двигательную активность пациента;
- совместно с инструктором по трудотерапии обучить самообслуживанию и усвоению основных видов бытовой деятельности в соответствии с умственным развитием и возрастом больного.

Кинезиотерапия имеет два раздела: активная кинезиотерапия и кинезиотерапия пассивная.

- **Активная кинезиотерапия** подразумевает активное и сознательное участие больного в лечении. К такому виду кинезиотерапии могут быть причислены специальные кинезиотерапевтические методы: проприоцептивное нервно-мышечное облегчение, система йоги, пуллитерапия (оказание сопротивления сокращению отдельных мышечных групп тяжестью сверху).
- **Пассивная кинезиотерапия** охватывает формы и средства, в которых больной участвует пассивно, не применяя волевых и двигательных усилий; движение осуществляет другое лицо или специальные аппараты и приспособления, имитирующие обыкновенное физиологическое движение. К пассивной кинезиотерапии должно быть отнесено и воздействие на отдельные ткани и части человеческого тела (масса, мануальная терапия, механотерапия, подводный массаж и пр.)

См. также **Механотерапия**.

**Кинестезия речевая** – афферентные импульсы, идущие от периферических органов речи в кору головного мозга; возникают не только при внешней речевой активности, но и при выполнении умственных действий, когда может происходить повышение тонуса двигательной импульсации из-за скрытого проговаривания слов. Выполнение трудных или новых задач связано с повышением уровня речевой кинестезии, а при автоматизации умственных операций его уровень существенно уменьшается.

**Кинестетические ощущения** – ощущения движения, положения частей собственного тела и проводимых мышечных усилий.

**Кифоз** (от греч. *kyphos* – согнувшийся, согбенный, кривой или от лат. *kyphosis* – круглая спина) – изгиб позвоночника в сагиттальной плоскости, обращенный выпуклостью кзади. Различают физиологический и патологический кифозы. Физиологический грудной и крестцовый кифозы формируются в детском возрасте, у взрослых изгибы позвоночника фиксированы, в пожилом и старческом возрастах грудной кифоз обычно увеличивается. Патологическим кифоз становится в том случае, когда его величина больше или он возникает в нетипичном месте, например, в поясничном отделе позвоночника. Патологический кифоз может быть функциональным (нефиксированным) и фиксированным. Первый возникает при некомпенсированном дефекте зрения, дефектах осанки

и др., при целенаправленном лечении может пройти бесследно. Основное отличие фиксированных кифозов в том, что они не исчезают или не уменьшаются в горизонтальном положении больного.

**Кифосколиоз** – сочетание кифоза со сколиозом.

**Классификация профессий Сьюпера** – систематизационная модель, описывающая мир современных профессий по критерию доминирующей психологической функции. Предполагает три переменные для описания конкретной профессии: сфера (сельское хозяйство, горное дело, конструирование, фабричное дело, торговля, финансы, транспорт, офисная работа, управление); профессиональная деятельность (вне дома, социальные профессии, продажа, управление, математические науки, биологические науки, культура, искусство) и образовательный уровень.

**Классификация профессий Кьюдера** – систематизационная модель, описывающая мир современных профессий по критерию профессиональных интересов. Выделены следующие группы интересов: на открытом воздухе, механические (технические), вычислительные, научные, основанные на убеждениях, художественные (артистические), литературные (и музыкальные), социальный сервис, канцелярские занятия. Каждая конкретная профессия имела в своей основе одну или несколько групп интересов.

**Клиент социальной службы** – гражданин, находящийся в трудной жизненной (социальной) ситуации, или семья, находящаяся в социально опасном положении, которым в связи с этим предоставляются услуги социального обслуживания (см. **Трудная жизненная ситуация, Социально опасное положение**).

**Климат социально-психологический (морально-психологический климат, психологическая атмосфера)** – качественная сторона межличностных отношений, проявляющаяся в виде совокупности психологических условий, способствующих или препятствующих совместной деятельности, общению и личностному развитию человека и в группе или семье. Психологический климат может быть благоприятным и оцениваться с разных точек зрения: соответствия существующим в обществе ожиданиям и стандартам, полезности для выполнения стоящих перед группой задач, сохранения единства и устойчивости микросоциальной группы как «социального организма», влияния на состояние и личностное развитие находящихся в этом психологическом климате. Важнейшие признаки благоприятного социально-психологического климата:

- доверие и требовательность членов микросоциальной структуры друг к другу;

- доброжелательная и деловая критика;
- свободное выражение собственного мнения при обсуждении вопросов, касающихся всего коллектива;
- отсутствие давления лидера (руководителя) на нижестоящих и признание за ними права принимать значимые для группы решения;
- достаточная информированность всех членов микросоциального образования о его задачах и состоянии дел;
- удовлетворенность принадлежностью к данной группе;
- высокая степень эмоциональной включенности и взаимопомощь в ситуациях, вызывающих фрустрацию у кого-либо из членов группы;
- принятие на себя ответственности за состояние дел в группе каждым из ее членов.

Существует прямая взаимосвязь между состоянием социально-психологического климата в группе и ее продуктивностью и эффективностью деятельности.

**Клиническая психология** – раздел психологии, посвященный изучению психических нарушений и психологических особенностей людей, включенных в лечебный процесс. Основными задачами клинической психологии являются: диагностика отклонений в психической деятельности, интеллектуальном и личностном развитии, коррекция отклоняющихся форм поведения, психогигиена и психопрофилактика, психотерапия и социальная реабилитация пациентов, имеющих психопатические, психосоматические или пограничные расстройства, исследование психических больных.

**Клинический прогноз** – врачебная оценка исхода заболевания с учетом характера заболевания и его течения, стадии, выраженности симптомов, степени нарушения функции пораженного органа и систем, состояния их компенсации, а также эффективности адекватного лечения. Может быть хорошим (благоприятным), сомнительным, плохим (неблагоприятным). С целью прогнозирования степени восстановления нарушенных функций возможно использование различных тестов и шкал.

**Клиническое интервью** – метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на

человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента. Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые клиентом жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния.

**Клуб ветеранов** – одна из форм организационной, познавательной и творческой активности лиц пожилого возраста, имеющих звание «ветеран войны» или «ветеран труда». Клубы ветеранов создаются на добровольных началах при различных общественных организациях, социальных учреждениях, домах культуры, центрах здоровья, по месту жительства и др.

**Клуб пожилых** – локальная программа для группы пожилых людей, объединенных общими интересами и запросами, предусматривающая проведение культурных, просветительских и социальных мероприятий на постоянной основе. Мероприятия осуществляются самими пожилыми людьми или социальными службами.

**Клубный дом** – одна из форм социальной реабилитации психически больных в сообществе; в его деятельности принимают участие не только специалисты, но и члены семей больных. Реабилитационные программы направлены на привлечение больных к активной социальной жизни – на проведение активного досуга, приобретение социальных навыков, трудовое обучение и трудоустройство.

**Клятва социального работника** – как профессиональный социальный работник я принимаю на себя следующие обязательства, для выполнения которых я сделаю все от меня зависящее и буду:

- рассматривать благополучие людей, которым я служу, как мой первостепенный профессиональный долг;
- честно выполнять все свои обязанности и функции;
- на высоком профессиональном уровне осуществлять деятельность по социально-педагогической поддержке доверенных мне людей;
- работать с полной отдачей и преданностью делу;
- уважительно относиться к людям, с которыми мне предстоит общаться по долгу службы;
- хранить профессиональную тайну, разглашая сведения, добытые в моей деятельности, только при условии получения соответствующих полномочий от

моих клиентов, судебных инстанций или профессиональных организаций;

- избегать вмешательства любых посторонних интересов в мои профессиональные суждения, независимость и компетенцию;
- способствовать созданию и поддержанию условий работы, отвечающих стандартам практики, задаваемых настоящим кодексом;
- стремиться к обеспечению высокого уровня социальной работы в целом;
- способствовать проведению социальной политики, которая направлена на пользу всему человечеству.

**Когнитивный** – познавательный. Современная когнитивная психология изучает восприятие, распознавание образов, внимание, память, воображение, речь, мышление, интеллект, психическое развитие. Основа формирования когнитивной сферы психики – сенсорно-перцептивное развитие в раннем, дошкольном и младшем школьном возрастах, которое всегда в той или иной мере связано с развитием внимания, памяти, воображения, мышления и речи. В результате активного взаимодействия ребенка с внешней средой формируются и видоизменяются когнитивные карты – внутренние представления знакомого пространственного окружения и расположения объектов в нем: когнитивная карта-путь – последовательное представление маршрута в пространстве и карта-обозрение – одновременное представление расположения объектов и их связей в пространстве.

**Когнитивные методы психотерапии** основаны на апелляции к разуму больного, его логике и личностным ценностям. Наиболее распространенным методом является рациональная (разъяснительная) психотерапия, которая в определенной степени является способом контакта с клиентом и им должен владеть каждый врач и социальный работник. В основе метода лежит разъяснение больному (или его микро- и макроокружению) причин и сути его заболевания, социальной или личностной проблемы, способов разрешения конфликтной ситуации. Кроме разъяснения, в процессе психотерапевтического воздействия используются внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекция личности больного и его поведения. Рациональная терапия используется в психосоциальном консультировании, в процессе социальной работы в медицинских, социальных учреждениях или при работе с клиентами в



естественном окружении; может проводиться как индивидуально, так и с группой больных.

**Кожно-гальваническая реакция (КГР)** – форма биоэлектрической активности организма, фиксируемая на поверхности кожи, обусловлена деятельностью потовых желез. Выступает компонентом различных функциональных состояний, ориентировочного рефлекса, эмоциональных реакций организма, связанных с работой симпатической нервной системы. Несет отпечаток индивидуальных различий; служит для анализа состояний человека, его эмоционально-волевых и интеллектуальных процессов. В структуре КГР могут быть выделены различные составляющие:

- уровень тонической активности как некое фоновое, относительно длительное состояние;
- реакция в ответ на раздражители, которая продолжается в течение нескольких секунд;
- спонтанная реакция, не связанная с каким-либо определенным раздражителем.

При этом уровень тонической активности выступает как показатель функционального состояния центральной нервной системы: сопротивление кожи повышается при расслабленном состоянии, понижается при активации. Может регистрироваться с любого участка кожи, но обычно используются пальцы и кисти рук или подошвы ног. Для регистрации может осуществляться замер разности кожных потенциалов (метод Тарханова, разработанный в 1890 г.) и замер изменения кожного сопротивления (метод Фере, разработанный в 1888 г.).

**Койки временного ухода** – койки, резервируемые для кратковременного пребывания пожилых людей, за которыми обычно ухаживают члены семьи, с тем, чтобы последние могли на какое-то время отлучиться. Такие койки могут быть предоставлены в домах престарелых, в медико-социальных отделениях при больницах.

**Коллективная трудовая терапия** представляет собой более высокий уровень трудовой терапии, в результате которой получается продукт на основе преемственности и принципа конвейера. В процессе коллективной трудовой терапии не только восстанавливаются нарушенные в результате болезни или травмы психофизиологические функции, но и создается новая форма взаимоотношений между членами коллективного труда, достигается понимание производственных отношений. См. также **Групповая трудовая терапия, Индивидуальная трудовая терапия.**

**Кома** – нарушение сознания, характеризующееся отсутствием реагирования на внешние воздействия, включая болевые раздражители; обусловлена поражением ствола мозга. При этом зрачки расширены, реакция на свет не фиксируется. Часто возникают патологические рефлексы. При диагностике комы и оценке ее тяжести ведущими ориентирами служат:

- потеря сознания,
- нарушение регуляции кровообращения,
- нарушение регуляции дыхания, состояние зрачков и их реакции,
- положение глазных яблок,
- состояние двигательной функции.

Кома может наступить в результате травмы мозга, при нарушении мозгового кровообращения вследствие острого алкогольного отравления или отравления метиловым спиртом, при острой или хронической почечной недостаточности, остановке сердца, отравлении угарным газом и т. д.

**Комиссия медико-педагогическая** – орган, осуществляющий комплектование специальных (коррекционных) образовательных учреждений, т. е. отбор детей с особенностями развития в зависимости от специфики и степени выраженности дефекта. В состав комиссии входят представители отделов народного образования и здравоохранения (областного, городского или районного), врачи (психоневролог или детский психиатр), педагог-дефектолог, логопед, психолог. В необходимых случаях привлекаются отоларинголог, офтальмолог, ортопед либо рассматриваются их письменные заключения. С помощью различных психолого-педагогических методов проводится комплексное обследование ребенка. Его результаты в совокупности с данными анализа и соответствующей документации служат основанием для направления ребенка в образовательное учреждение того или иного типа.

**Коммуникативный тренинг** является вариантом тренинга социальных навыков, направленным на работу с проблемами в общении (например, коммуникации в семье). Некоторые программы работают с определенными видами проблем из большого набора потенциальных ошибок общения, таких как перебивание собеседника, недостаток признания чувств других людей; другие обучают более широким областям, таким как выражение положительных и отрицательных чувств или требований.

**Коммуникация** – особый вид деятельности, целью которой является получение, обобщение или обмен какой-либо информацией.

Коммуникация требует от участников определенного уровня подготовки, обеспечивающего взаимопонимание.

**Консультирование** – метод индивидуальной психосоциальной работы, при котором основным средством воздействия выступает целенаправленная беседа. Ее цель – помочь индивидам и семьям справиться с интрапсихическими, межличностными, социоэкономическими трудностями, достичь адаптации в определенной ситуации или общественной среде, повысить эффективность управления собственной жизнью. Консультирование представляет собой серию сессий, направленных на решение проблемы.

**Концепция оценки последствий болезни** предложена экспертами ВОЗ в 1983 г. Ее суть заключается в том, что отклонение от нормы в организме человека в результате травмы или болезни сопровождается функциональными нарушениями (см. **Отклонения психофизические**), что может привести к ограничению жизнедеятельности (см. **Ограничению жизнедеятельности**) и социальной недостаточности (см. **Социальная недостаточность**). Согласно этой концепции, поводом для назначения инвалидности является не сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде нарушений той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящих к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности (социальной дезадаптации).

**Компенсаторные процессы** – реакция организма на повреждение; при этом органы или их сохранившиеся части и системы, непосредственно не пострадавшие от действия повреждающего фактора, берут на себя функцию поврежденных структур путем заместительной гиперфункции или качественного изменения функции. В процессе компенсаторной гиперфункции наблюдаются три основные стадии изменения органа.

Первая стадия – аварийная; характеризуется тем, что орган, вынужденный повысить свою функциональную нагрузку, еще не гипертрофирован, поэтому деятельность каждой его клеточной структуры усиливается, что приводит к мобилизации функционального резерва органа. Такая усиленная деятельность может привести к деструктивным изменениям или активированию энергообразования, синтезу белка и нуклеиновых кислот, что приводит к увеличению массы органа (гипертрофии). Этот процесс продолжается до тех пор, пока интенсивность функционирования

каждой клеточной структуры не станет равной норме или близкой к ней.

Вторая стадия – стадия относительно устойчивой гиперфункции, наиболее длительная; характеризуется нормальным уровнем энергообразования и синтеза белка, прекращением роста органа и восстановлением его функционального резерва. Однако при продолжающейся нагрузке наступает состояние, при котором даже гипертрофированный орган не может справиться с ней, происходит снижение синтеза белка, появляются биохимические и морфологические нарушения (атрофия, замещение функционирующих клеток соединительной тканью и др.), что приводит к наступлению третьей стадии – стадии декомпенсации.

**Компенсация** 1. Выработка механизмов, помогающих преодолеть неблагоприятные психологические особенности.

2. Согласно З. Фрейду, реакция организма и психики, противодействующая травматическим возбуждениям путем изъятия активной энергии у всех психических систем и создания соответствующего энергетического заполнения вокруг травмированных элементов.

3. Согласно А. Адлеру, повышенное, компенсаторное развитие физических, психических и личностных компонент, возмещающее некий реальный или мнимый недостаток, возникает как механизм преодоления комплекса неполноценности.

4. Возмещение в той или иной мере нарушенных функций и состояний организма.

- **Внутрисистемная компенсация** достигается при замещении поврежденных нервных элементов активностью сохранных нейронов в результате перестройки деятельности нейронных структур в анализаторе под влиянием адекватной стимуляции и специального перцептивного обучения.
- **Межсистемная компенсация** связана с перестройкой деятельности или формированием новых функциональных систем, включающих проекционные и ассоциативные области коры головного мозга. См. **Компенсация функций**.

**Компенсация функций** – полное или частичное возмещение недоразвитых, нарушенных или утраченных функций органов или систем организма; восстановление целостной деятельности, нарушенной после выпадения из ее структуры тех или иных функций. Происходит либо на основе сохранных функций, либо за счет

перестройки частично нарушенных функций. Например, функцию различения звуков, которая страдает при поражении левой височной коры, можно восстановить за счет включения в работу речедвигательного и зрительного анализаторов, а компенсация зрительной функции у слепорожденного ребенка обычно происходит за счет развития осязания.

**Компетентность социально-психологическая** – способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими людьми в системе межличностных отношений. Формируется в ходе освоения индивидом систем общения и включения в совместную деятельность, характеризуется умением ориентироваться в ситуациях социальных; правильно определять личностные особенности и эмоциональные состояния других людей; выбирать адекватные способы обращения с ними и реализовать их в процессе взаимодействия. Особую роль играет умение поставить себя на место другого.

**Комплекс 1.** Совокупность, сочетание предметов, действий, явлений или свойств, составляющих единое целое.

2. Соединение отдельных психических процессов в целое, отличное от суммы своих элементов. В этом смысле понятие комплекса употребляли многие психологи.

3. Специфическая интерпретация комплекса дана в психоанализе, где он понимается как группа психических процессов, объединенная единым аффектом, сформированная на основе глубинных филогенетических структур, эмоционально окрашенная группа представлений, чаще всего вытесненная из сознания и влияющая на поведение (комплекс неполноценности, Эдипов комплекс, комплекс мужественности и др.).

**Комплексная реабилитация** – совокупность различных по форме, направлению и области применения приемов и методов (медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических, бытовых, социально-правовых, профессиональных, спортивных, творческих и средовых компонентов реабилитации).

**Комплексное учреждение социального обслуживания** – см. **Типы учреждений социального обслуживания.**

**Комплементарная медицина (альтернативная медицина, нетрадиционные методы лечения)** – применение в целях лечения и реабилитации таких методов, которые находятся вне основных медицинских течений. К ним относятся физиотерапия, гомеопатия, мануальная терапия, остеопатия, рефлексотерапия, ароматерапия и т. д.

**Компьютерные технологии в реабилитации** – оснащение рабочего места инвалида различными техническими средствами для частичной или полной компенсации ограничений, связанных с нарушением физических, сенсорных или психоневрологических функций, минимизация коммуникативных и психологических проблем через обеспечение компьютерного доступа. Охватывают несколько направлений реабилитации.

- **Компьютерные технологии как источник информации** широко применяются при создании электронных библиотек, справочников, словарей, тематических баз данных, мультимедийной, изобразительной и музыкальной баз данных.
- **Компьютерные игры** – мощный резерв игротерапии; игры являются не только средством развлечения, но и тренировкой ряда интеллектуальных и эмоционально-волевых функций, сенсомоторных навыков; позволяют моделировать различные эмоциональные и сенсомоторные состояния.
- **Компьютерное дистанционное образование** позволяет осуществить удаленное взаимодействие обучающегося с учебным заведением, что значительно расширяет возможности инвалида на получение общего и профессионального образования.
- **Компьютер как средство включения в сферу коммуникации** позволяет осуществить потребность в общении, приобщиться к отечественным и мировым художественным ценностям, искать работу и т. д.
- **Компьютер как техническое средство реабилитации** для инвалидов с нарушением зрения и слуха позволяет использовать в целях компенсации программы для распознавания речи или преобразования аудиозаписи в текст, считывать печатный текст и преобразовывать его в речевой поток и т. д.

Отдельное место среди компьютерных технологий в реабилитации занимают социальные компьютерные игры, моделирующие ситуации в магазине, на транспорте, в библиотеке и пр., что позволяет ребенку адаптироваться в той или иной незнакомой жизненной ситуации. Например, ребенку предлагается одеть компьютерного героя, но для этого необходимо учесть его пол, возраст, погодные условия, род занятий и т. д. К сожалению, на

компьютерном рынке эти игры еще не получили должного распространения.

Интеграция современных информационных технологий в реабилитационный процесс позволит решить такие проблемы, как:

- приобретение недостающих навыков и знаний по изучаемым предметам через доступ к дополнительным информационным ресурсам;
- получение дополнительного образования по предметам, способствующим социализации инвалидов, их творческому развитию, активации учебного процесса;
- развитие творческих способностей и приобретение начальных профессиональных навыков, которые могут лечь в основу будущей профессии;
- приобретение нового опыта общения с высококвалифицированными педагогами, со сверстниками; решение коллективных задач, создание и работа над проектами;
- использование новейших технологий в качестве средств социальной реабилитации и интеграции инвалидов в общество.

**Кондуктивная педагогика** – педагогический подход в преодолении патологии опорно-двигательной активности; разработан в 1945-1950 гг. венгерским врачом Андрашем Петё и широко применяется в Будапеште в Институте кондуктивной педагогики и восстановительной двигательной терапии для индивидуально-коррекционного развития и реабилитации детей, больных ДЦП. Это специальная педагогика, изучающая теорию и практику развития, воспитания и обучения детей-инвалидов, сущность которой заключается в том, что система реабилитации будет действительна только тогда, когда двигательное воспитание, сенсорное и речевое развитие ребенка, программы обучения, активный жизненный распорядок, воспитание самостоятельности, занятия, приближенные к настоящему труду, будут находиться во взаимосвязи и реализовываться в единстве. Основные положения кондуктивной педагогики:

- комплексные реабилитационные занятия проводит педагог-кондуктор, прошедший специальную длительную подготовку;

- учет возможности высокого уровня динамики развития личности ребенка на самых ранних этапах развития;
- организация педагогической работы с ребенком на этапах раннего обнаружения патологии; чем позже начинается педагогическая работа по реабилитации ребенка, тем меньше возможностей для его индивидуального развития и больше нереализованного, связанного с необходимостью преодоления сформировавшихся вторичных явлений;
- максимальный учет психологических особенностей ребенка, его предрасположенности к проявлению активности, подражанию, общению, эмоциональной заразительности в процессе педагогической реабилитационной работы с ним;
- активное использование в реабилитационной работе потребности социального развития ребенка, его стремления быть таким же, как другие, потребности в общении со сверстниками, стремления к состязательности и т. д.;
- изначальное стремление специалиста сделать самого ребенка активным соучастником преодоления патологии, стимулирование его самоактивности, самопроявления; главное – превращение ребенка из объекта реабилитационной работы в субъект направленного самосовершенствования.

**Консолидация** (мед.) – сращение костных отломков после перелома.

**Консультативно-лечебная помощь** – см. **Виды амбулаторной психиатрической помощи.**

**Консультация** 1. Один из видов учебных занятий – беседа преподавателя с обучаемыми для расширения и углубления их знаний.

2. Совет, разъяснение специалиста по некому вопросу.

3. Совещание специалистов по некому вопросу.

4. Учреждение, оказывающее помощь населению советами специалистов по неким практическим вопросам или же оказывающее медицинскую или оздоровительную помощь.

**Консультация профессиональная** – стратегия психологической помощи индивиду при выборе профессии и планировании профессиональной карьеры. Научно организованное информирование о профессиях в целях практической помощи в



выборе профессии с учетом определенных склонностей, интересов, имеющихся возможностей, а также потребностей общества и народного хозяйства. Проводится на базе анализа психофизиологических особенностей индивида, а также структуры и динамики рынка труда.

**Консультирование** – см. **Социальная услуга**.

**Контаминация 1.** Ложное воспроизведение информации, для которого характерно объединение в образе или понятии частей, принадлежащих к различным объектам.

2. Ошибочное воспроизведение слов, состоящее в объединении слогов, относящихся к разным словам, в одно слово. Например, вместо слов «белок» и «свисток» произносится «белток». Подобные переставления могут возникать и при воспроизведении списков слов, когда слова из одного списка воспроизводятся в другом. Контаминация способствует смысловая и фонетическая близость слов, в ее основе лежат явления проактивной и ретроактивной интерференции. Семантическая организация материала препятствует ее появлению. Встречается при сенсорной афазии.

**Контрактура** (от лат. *contraho* – стягивать, сокращать) – сведение; стойкое ограничение подвижности сустава, вызванное рубцовым стягиванием кожи, заболеваниями сухожилий, суставов и мышц, болевым рефлексом и другими причинами.

**Контрактуры функциональные** – обездвиженность в одном или нескольких суставах при отсутствии нарушений иннервации (пареза, паралича мышц, их атрофии, расстройств, рефлексов, вегетативно-трофических нарушений). Типична изменчивость симптомов, эффективность суггестивного лечения. Наблюдается при психогенных, истерических реакциях.

**Конфликт** – предельно обостренное противоречие, связанное с острыми эмоциональными переживаниями, столкновением противоположно направленных целей, интересов, социальных позиций и установок субъектов взаимодействия. Принципиально подразделение конфликтов на внутренние (внутриличностные) и внешние (межличностные и межгрупповые).

**Конфликт внешний** – столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений. В основе любого конфликта лежит ситуация, включающая либо противоречивые позиции сторон по какому-то поводу, либо противоположные цели или средства их достижения в данных условиях, либо несовпадение интересов, желаний, влечений оппонентов. Для развития конфликта необходим инцидент, когда одна из сторон начинает действовать,

ущемляя интересы другой. Если другая сторона отвечает тем же, конфликт из потенциального перерастает в актуальный. Как субъекты взаимодействия в конфликте могут выступать и отдельные лица (межличностный конфликт), и целые группы (межгрупповой конфликт), а также отдельные организации, национальности, классы и государства (организационный, межэтнический, классовый и межгосударственный конфликты). Конфликт может быть конструктивным (стабилизирующим) и неконструктивным.

- **Конфликт межгрупповой** – в качестве субъектов выступают группы, преследующие цели, несовместимые с целями противостоящей группы. Развитие конфликта обычно идет в такой последовательности: постепенное усиление участников конфликта за счет введения все более активных сил, а также за счет накопления опыта борьбы; увеличение количества проблемных ситуаций и углубление первичной проблемной ситуации; повышение конфликтной активности участников, изменение характера конфликта в сторону ужесточения, вовлечения в конфликт новых лиц; нарастание эмоциональной напряженности, сопровождающей конфликтные взаимодействия, которая может и мобилизуя, и дезорганизуя влиять на поведение участников конфликта; изменение отношения к ситуации проблемной и конфликта в целом.
- **Конфликт межличностный** – существуют две формы: конструктивная и неконструктивная. Неконструктивный межличностный конфликт возникает, когда один из оппонентов прибегает к нравственно осуждаемым методам борьбы, стремится психологически подавить партнера, дискредитируя и унижая его в глазах окружающих. Обычно это вызывает яростное сопротивление другой стороны, диалог сопровождается взаимными оскорблениями, решение проблемы становится невозможным, межличностные отношения разрушаются. Конструктивным межличностный конфликт бывает, лишь когда оппоненты не выходят за рамки деловых аргументов и отношений. При этом могут наблюдаться различные стратегии поведения: соперничество (противоборство), сопровождаемое открытой борьбой за свои интересы; сотрудничество, направленное на поиск решения, удовлетворяющего интересы всех сторон;

компромисс – урегулирование разногласий через взаимные уступки; избегание, заключающееся в стремлении выйти из конфликтной ситуации, не решая ее, не уступая своего, но и не настаивая на своем; приспособление – тенденция сглаживать противоречия, поступаясь своими интересами.

- **Конфликт организационный** – столкновение противоположно направленных организационных позиций индивидов или групп безотносительно целей друг друга. Обычно возникает в ситуации, когда нужно резко изменить привычный тип деятельности, ввести инновационные технологии, перейти к новым организационным структурам, конверсии и пр. Действия субъектов конфликта организационного регламентированы сложившимися нормами, отражают логику развития организации и имеют внеличностный характер. Основные элементы конфликта: проблемная организационная ситуация; «первый» участник воспринимает данную ситуацию как препятствие для достижения задач должностной позиции; «второй» участник воспринимает ее как ситуацию, благоприятствующую решению задач своей должностной позиции.

**Конфликт внутренний (внутриличностный конфликт, психический конфликт, конфликт внутрипсихический)** – постоянный элемент душевной жизни, характеризуется непрерывным столкновением влечений, желаний, психических систем и сфер личности, порождением амбивалентных стремлений субъекта.

**Конфликт невротический** – противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности, непродуктивно и нерационально разрешаемое, что сопровождается появлением болезненно-тягостных переживаний неудачи, неудовлетворения потребностей, недостижимости жизненных целей, невосполнимости потери и пр. Нарушение значимых жизненных отношений человека активизируется в психотравмирующих ситуациях. Закладывается преимущественно в детстве, в условиях нарушенных отношений с микросоциальным окружением, особенно с родителями.

**Конформность** – стремление быть «таким как все», податливость человека реальному или воображаемому давлению группы. Проявляется в изменении его поведения и установок соответственно первоначально неразделявшейся им позиции

большинства. Различаются конформность внешняя (публичная) и внутренняя (личная).

- **Внешняя (публичная) конформность** – демонстративное подчинение навязываемому мнению группы с целью заслужить одобрение или избежать порицания, а возможно, и более жестких санкций со стороны группы. Отнюдь не всегда предполагает личностное согласие с поневоле соблюдаемыми групповыми нормами.
- **Внутренняя (личная) конформность** – действительное преобразование индивидуальных установок в результате внутреннего принятия позиции окружающих, оцениваемой как более обоснованная и объективная, чем собственная точка зрения.

При всех различиях обе формы конформности близки в том, что служат специфическим способом разрешения осознанного конфликта между личным и доминирующим в группе мнением в пользу последнего: зависимость человека от группы вынуждает искать согласия с ней – подлинного или мнимого, подстраивать свое поведение под кажущиеся чуждыми или непривычными эталоны.

Уровень конформности определяется комплексом причин, в том числе:

- характеристиками индивида, подвергаемого групповому давлению: пол, возраст, национальность, интеллект, тревожность, внушаемость;
- характеристиками группы, являющейся источником давления: размер, степень единодушия большинства – наличие и количество членов группы, отклоняющихся от общего мнения;
- особенностями взаимосвязи индивида и группы: статус индивида в группе, степень его приверженности к ней, уровень взаимозависимости индивида и группы в получении вознаграждения;
- содержанием задачи, степенью заинтересованности человека в ней, его компетентностью.

Особая разновидность той же зависимости – негативизм (нонконформизм) – это стремление непременно поступать наперекор позиции господствующего большинства, любой ценой и во всех случаях утверждать противоположную позицию. Альтернатива конформности и негативизму – независимость – самостоятельная выработка и отстаивание собственной позиции; она не исключает

солидарности личности с группой, но не в силу давления, а на основе сознательного согласия с ней.

Провоцируемое конформностью единообразие внутригруппового поведения следует отличать от единства, возникающего благодаря общности самостоятельно сформированных взглядов, и от естественного для любой группы процесса нормализации, предполагающего взаимное влияние всех ее членов и вхождение общеприемлемого компромисса. Кроме того, конформность отличается от внушаемости – некритичного принятия чужой точки зрения, а также от подчинения, когда человек изменяет свое поведение в соответствии с прямым указанием законного авторитета.

**Концентрация** – способность нервных процессов ограничивать сферу своего распространения исходным очагом возникновения; явление, обратное иррадиации. Согласно И. П. Павлову, является механизмом различения стимулов условных, специализации условно-рефлекторных реакций.

**Концентрация внимания** – см. **Внимание**.

**Концепция** 1. Единый, определяющий замысел, ведущая мысль некоего произведения, научного труда и пр.

2. Система взглядов, некое понимание явлений, процессов и пр.

**Концепция внутренней речи** – теоретическая модель генезиса внутренней речи из так называемой эгоцентрической речи, представляющей собой разговор ребенка с самим собой вслух во время игры и других занятий. По мере постепенного обеззвучивания и синтаксического редуцирования эта речь становится все более сокращенной, идиоматической и предикативной; доминирующими становятся глагольные формы.

**Концепция профессионального развития Сьюпера** – теория, разработанная Сьюпером и основанная на представлениях Ш. Бюлер о жизненном пути человека; даются описания следующих стадий и этапов профессионального развития, различающихся типичными задачами:

- стадия пробуждения, характеризующаяся идентификацией ребенка с окружающими его людьми, включает этапы фантазии (доминирование детских потребностей, 4 – 10 лет), интересов (проигрывание профессиональных ролей в воображении, 11 – 12 лет), способностей (их проявление и соотнесение с внешними требованиями, 13 – 14 лет);

- стадия исследования, на которой происходит реальное проигрывание разных ролей, включает этапы эксперимента (предварительный профессиональный выбор и его опробование, 15 – 17 лет), перехода (реализация Я-концепции, 18 – 21 год) и пробы (овладение составом профессиональной деятельности, 22 – 24 года);
- стадия консолидации, целью которой является нахождение устойчивой профессиональной позиции, включает этапы пробы (самоутверждение в поле деятельности или повторный выбор, 25 – 30 лет) и стабилизации (направление всех усилий в одно русло, 31 – 44 года);
- стадия сохранения характеризуется стремлением сохранить статус (45 – 64 года);
- стадия снижения представляет собой уход из профессиональной жизни.

В этой схеме задается лишь общая последовательность предъявления человеку задач профессионального развития, но чтобы понять индивидуальную или половую специфику профессионального развития, требуется обращение к содержательным механизмам, обеспечивающим принятие человеком тех или иных образцов профессионального пути.

**Концепция уровней построения движений** – концепция, предложенная Н. А. Берштейном, согласно которой под построением движения понимается состав афферентационных ансамблей, участвующих в координации данного движения, в осуществлении требуемых коррекций и в обеспечении адекватных перешифровок для эфферентных импульсов, а также вся совокупность системных взаимоотношений между ними. Выделяется пять уровней построения движений.

**Координация** – согласование, сочетание, приведение в порядок в соответствие определенных понятий, действий, составных частей и пр.

**Координация движений** – управление работой отдельных мышечных групп; осуществляется при достижении определенной задачи в реальном времени и пространстве. При формировании двигательного навыка происходит видоизменение координации движений, в том числе овладение инерционными характеристиками двигающихся органов. На начальных стадиях управление осуществляется прежде всего за счет активной статической фиксации

этих органов, затем – за счет коротких фазических импульсов, которые направляются в необходимый момент к определенной мышце, и на заключительных стадиях формирования навыка происходит уже использование возникающих инерционных движений, направляемых теперь на решение задач. В сформированном динамически устойчивом движении происходит автоматическое уравновешивание всех инерционных движений без продуцирования особых импульсов для коррекции.

**Кора головного мозга** – анатомо-физиологическая подсистема нервной системы, верхний слой полушарий головного мозга, состоящий прежде всего из нервных клеток с вертикальной ориентацией (пирамидные клетки), а также из пучков афферентных (центростремительных) и эфферентных (центробежных) нервных волокон. В нейроанатомическом плане характеризуется наличием горизонтальных слоев, отличающихся шириной, плотностью, формами и размерами входящих в них нервных клеток. Кору головного мозга разделяют на ряд областей, например, в наиболее распространенной классификации цитоархитектонических формаций К. Бродмана в коре головного мозга человека выделено 11 областей и 52 поля. На основе данных филогенеза выделяют новую кору, или неокортекс, старую, или архикортекс, и древнюю, или палеокортекс. По функциональному критерию выделяют три типа областей: сенсорные зоны, которые обеспечивают прием и анализ афферентных сигналов, идущих от специфических релейных ядер таламуса, моторные, которые имеют двусторонние внутрикорковые связи со всеми сенсорными областями для взаимодействия сенсорных и моторных зон, и ассоциативные, не имеющие прямых афферентных или эфферентных связей с периферией, но связанных с сенсорными и моторными зонами.

**Кормилец** – тот, кто кормит, дает на пропитание кому-либо. В более широком смысле – индивид, на содержании которого находятся иждивенцы.

**Коррекционное чтение** – чтение, направленное на коррекцию того или иного психического состояния и свойства личности:

- неудовлетворенность своим образом жизни и желание его изменить;
- эмоционально-застойные, депрессивные, фрустрационные состояния, ведущие к тупиковой ситуации, из которых человек часто не видит выхода;

- желание войти в круг людей, творчески владеющих словом или для того, чтобы поделиться своим творческим опытом и т. д.

Коррекционное воздействие чтения проявляется в том, что те или иные образы и связанные с ним чувства, влечения, желания, мысли, усвоенные с помощью книги, восполняют недостаток собственных образов и представлений, заменяют тревожные мысли и чувства более позитивными или направляют их по новому руслу, к новым целям. См. также **Библиотерапия, Библиотерапия в реабилитации.**

**Коррекционные образовательные учреждения** – см. **Специальные образовательные учреждения.**

**Коррекция** – исправление некоторых недостатков, отклонений, не требующее коренных изменений корректируемого процесса или явления.

**Коррекция психологическая** – см. **Психокоррекция.**

**Корсаковский (амнестический) синдром** – нарушение памяти на настоящее (кратковременной памяти) при относительной сохранности ее на события отдаленного прошлого (долговременной памяти). Больные плохо ориентируются в месте и времени, не могут найти свою палату и постель, не узнают врачей, плохо запоминают только что сказанное, увиденное, прочитанное и т. д. Вместе с тем признаков слабоумия нет, ядро личности сохранено. Чаще всего наблюдается при хронической алкогольной интоксикации, травмах черепа, опухолях головного мозга, эндогенных интоксикациях.

**Косоглазие** – заболевание, характеризующееся нарушением бинокулярного зрения в результате отклонения одного из глаз от совместной точки фиксации.

**Коэффициент интеллекта (IQ)** – количественный показатель уровня умственного развития. Представляет собой отношение умственного возраста (УВ) к паспортному, хронологическому (ХВ), соответствует формуле  $IQ = \frac{УВ}{ХВ} \times 100\%$ . Умственный возраст вычисляется на основании результатов выполнения различных психологических тестов. При интерпретации коэффициента интеллекта нужно иметь в виду, что никакого общего для всех социальных общностей ума или интеллекта этот коэффициент не выявляет; тем более он не может претендовать на диагностирование природной (наследственной) «общей одаренности».

**Кретинизм** – заболевание, характеризующееся тяжелыми отклонениями в физическом и психическом развитии в сочетании с нарушением функции щитовидной железы. Большинство



исследователей в качестве причины кретинизма рассматривают недостаток йода, который может быть обусловлен экзогенными (природный – в воде и пище) или эндогенными (характерный непосредственно для организма) факторами.

**Кризис (психологический кризис, жизненный кризис)** – состояние человека при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности в определенный момент развития личности. Необходимым условием возникновения кризиса являются значительные эмоциональные переживания, блокирование важнейших потребностей человека и его специфическая реакция на них. Затяжной, хронический кризис несет в себе угрозу социальной дезадаптации, суицида, нервно-психического или психосоматического заболевания. Хронизация кризиса свойственна людям с акцентуированным характером, незрелым мировоззрением, односторонностью жизненных установок. Хотя некоторые ситуации могут являться стрессовыми для всех людей, все же не для всех они оборачиваются кризисом. Период кризиса рассматривается человеком не только как трудный и ответственный период, но и как тупик, делающий дальнейшую жизнь бессмысленной; при попытке овладеть стрессовым состоянием человек переживает определенные психологические и физиологические перегрузки.

**Кризисная ситуация** – ситуация, когда человек сталкивается с препятствием в реализации важных жизненных целей и когда он не может справиться с этой ситуацией с помощью привычных средств. Выделяются два типа кризисных ситуаций:

- обусловленные изменениями в естественном жизненном цикле,
- обусловленные травмирующими событиями жизни.

В своей основе критические ситуации могут иметь объективный и субъективный компоненты. Объективный компонент представлен воздействиями внешнего, предметного и социального, мира, в то время как субъективный заключается в восприятии и оценке человеком ситуации как критической. Исходя из этого критическую ситуацию можно назвать как социальную, динамика которой развивается по двум направлениям:

- **личностная кризисная ситуация** – формирующийся личностный конфликт обоснован психологическими особенностями личности и проявляется первым независимо от благополучной еще в это время внешней ситуации; только затем внутренняя конфликтная напряженность психики начинает видоизменять формы

поведения и общения человека, создавая поводы и причины для ухудшения внешней ситуации и перерастания ее в конфликтную;

- **ситуационная кризисная ситуация** – целый ряд неблагоприятных внешних воздействий, психотравмирующих стимулов на фоне неотчетливо работающих защитных механизмов психики, низкой толерантности по отношению к эмоциональным нагрузкам. Выделяют шесть типов ситуационных кризисных реакций:
  - реакция эмоционального дисбаланса,
  - пессимистическая ситуационная реакция,
  - реакция отрицательного баланса,
  - ситуационные реакции демобилизации,
  - реакция оппозиции,
  - дезорганизация.

**Кризисы возрастные** – см. **Возрастные кризы**.

**Криотерапия** – лечение холодом; умеренное охлаждение какой-либо части тела для уменьшения болей (при ушибах, переломах) при воспалительных процессах, кровотечениях, спастических формах детского церебрального паралича. Криотерапия применяется также при лечении поверхностно расположенных гемангиом (врожденные образования, исходящие из кровеносных сосудов).

**Кристаллолечение** – исцеление драгоценными камнями; используются как необработанные, так и обработанные камни. Например, малахит, камень темно-зеленого цвета (рисунок «бычьего глаза»), обладает способностью оттягивать боль как физическую, так и эмоциональную при прикладывании к болезненным участкам тела на 10 – 15 мин. Камень зеленый жадеит, теплый успокаивающий камень, при прикладывании к месту перелома кости ускоряет ее срастание.

**Культурный туризм для инвалидов** – направление социокультурной реабилитации инвалидов; особенно широкое распространение получил за рубежом (в скандинавских странах, например, рассматривается как элемент индивидуальной программы реабилитации). Специальные проекты в этом направлении (такие, например, как «Открытие европейских городов») предусматривают издание специальных путеводителей, создание рельефных изображений живописных произведений, подготовку аудиосопровождений для ознакомления слепых с шедеврами европейского искусства.

**Культя** – часть органа или конечности, оставшаяся после ампутации или сформировавшаяся в результате врожденного недоразвития.

**Культя конечности** – сохранившаяся после ампутации (экзартикуляции) или травмы часть конечности или ее сегмента. Кроме того, может быть врожденным пороком развития.

Культь конечности рассматривают главным образом с точки зрения пригодности к протезированию, для которого важную роль играют длина культы и ее форма, объем движений в вышележащих суставах, расположение и характер рубца, состояние кожного покрова и др.

## Л

**Лабильность** – максимальное число импульсов, которое нервная клетка или функциональная структура может передать в единицу времени без искажений. В дифференциальной психофизиологии лабильность – одно из основных свойств нервной системы, характеризующее скорость возникновения и прекращения процессов нервных.

**Лабильный** – неустойчивый, изменчивый.

**Латентный** – скрытый, внешне не проявляющийся.

**Латентный период** – время между началом действия раздражителя и появлением ответной реакции. Величина его обусловлена завершением физико-химического процесса в рецепторе, прохождением нервного импульса по проводящим путям, аналитико-синтетической деятельностью в структурах головного мозга и срабатыванием мышц или желез.

**Латерализация** – процесс формирования функциональной асимметрии полушарий, мотосенсорных функций в онтогенезе. Латерализация (доминирование) полушарий характеризуется реципрокным и комплементарным взаимодействием двух полушарий: у правой – левое полушарие доминантное, контролирующее речевые функции, логическое мышление, а правое – субдоминантное, контролирующее функции восприятия, образного мышления. Аномальное доминирование полушарий представлено эквивалентным межполушарным взаимодействием либо реверсией полушарной доминантности, когда доминантным становится правое полушарие. Процесс становления доминантности полушарий идет параллельно с

доминированием руки, ноги, уха, глаза и т. д. Мотосенсорный коэффициент латеральности отражает соотношение право- и леволатеральных признаков моторной и сенсорной доминантности. Аномальное доминирование полушарий, руки, ноги, уха, глаза и т. д. может быть следствием межполушарных перестроек в результате их функциональной слабости.

**Латеральный** – боковой.

**Леворукость** – предпочтительное использование левой руки для осуществления моторных актов. В некоторых случаях леворукость обусловлена повреждением или заболеванием правой руки, влекущим за собой невозможность пользования ею (вынужденная леворукость). Чаще леворукость носит врожденный характер и обусловлена унаследованной спецификой межполушарного функционирования центральной нервной системы. Кроме явной леворукости часто встречается скрытая леворукость. Человек с такой леворукостью приучен с детства пользоваться правой рукой, но при непривычных действиях или в состоянии аффекта пользуется левой. При леворукости происходит изменение симптомов, которые характерны для правшей при поражении у них левого или правого полушария. В частности, при поражении речевых зон левого полушария у левшей отсутствуют нарушения речи афазического типа и, наоборот, при поражении правого полушария они могут возникать.

**Лень** – универсальное средство защиты от бесполезного труда; чаще всего – следствие неуверенности в цели, отсутствия стимулов, просто многолетней усталости. Лень приходит тогда, когда у человека нет цели, либо он не может определить ее, либо не может длительное время держать в памяти конечные стимулы.

**Лечебная верховая езда** – работа с лошастью для коррекции двигательных нарушений определяется по трем направлениям: в медицине, образовании и спорте. В медицине лошадь используют в области иппотерапии (см. **Иппотерапия**) в качестве средства физиотерапевтического воздействия. Данный лечебный метод базируется на нейрофизиологии и предписывается пациентам с двигательными нарушениями неврологического характера.

В области образования лошадь применяется в организации лечебно-образовательной верховой езды и вольтижировки. Лошадь позволяет всадникам с большим числом дефектов заниматься верховой ездой как видом спорта, благодаря чему человек может быть интегрирован в спортивные сообщества. Общение с лошастью сопровождается не только положительными устойчивыми двигательными изменениями, но и психотерапевтическим,

социальным, психологическим эффектом, что, несомненно, является большим вкладом в социальную реабилитацию лиц с ограниченными возможностями.

В области образования лошадь применяется в организации лечебно-образовательной верховой езды и вольтижировки, результатами которой служат позитивные поведенческие изменения с улучшениями в индивидуальной, психологической, психотерапевтической, социальной и реабилитационной сферах. Активная верховая езда и сама лошадь как посредник воздействуют на все тело человека в физическом, интеллектуальном, духовном и социальном смысле. Лошадь позволяет всадникам с большим числом дефектов заниматься верховой ездой как видом спорта, благодаря чему человек может быть интегрирован в спортивные сообщества.

Взаимоотношения человека и лошади уникальны тем, что охватывают не только тело, но и сознание, и душу. Человек открывает для себя, что лошадь, несмотря на превосходство в силе, воспринимает всадника своим ведущим. Положительный эффект использования лошади в лечебных целях состоит в сочетании совместной активности, физической коммуникации и, особенно, в ритмически упорядоченной двигательной нагрузке.

**Лечебная педагогика** – раздел педагогики, изучающей закономерности воздействия на больного ребенка педагогическими методами в целях его перевода из состояния интроцепции (влияния патологических импульсов, исходящих от больных органов и систем) в состояние экстероцепции (воздействия импульсов, исходящих от внешней среды). В основном лечебная педагогика занимается тяжело больными детьми и предполагает как щадящее отношение к ним, так и их активную деятельность.

**Лечебная физкультура (ЛФК)** – совокупность методов лечения, профилактики и медицинской реабилитации, основанных на использовании физических упражнений и других средств физической культуры; лечебно-восстановительное действие основано на способности физических упражнений стимулировать и нормализовать физиологические процессы в организме; они благотворно влияют на нервную систему, трофику тканей, способствуют улучшению функций нервной и мышечной систем, внутренних органов, под влиянием физических упражнений ускоряется функциональная перестройка органов и тканей, что способствует компенсации нарушенных функций. В основе лежит механизм моторно-висцеральных рефлексов, тесно связанных с нервными и гуморальными факторами, важную роль играют и психологические

факторы – само назначение больному комплекса ЛФК повышает его уверенность в благоприятном исходе заболевания, отвлекает от ухода в болезнь, улучшает нервно-психическое состояние. Основное средство ЛФК – физические упражнения – направленные движения с дозированной мышечной нагрузкой; их делят на гимнастические, спортивно-прикладные (ходьба, бег, плавание и т. д.), подвижные и спортивные игры; используют также упражнения трудового, имитационного и игрового характера. Выполнение физических упражнений на фоне воздействия природных факторов (солнца, воздуха, воды) повышает их эффективность и способствует закаливанию организма.

**Лечебно-трудовая мастерская (ЛТМ)** – помещение, созданное с целью организации трудовой терапии и оснащенное специальным оборудованием для ручного и механического труда. Лечебно-трудовая мастерская должна отвечать всем санитарно-гигиеническим нормам, противопожарным требованиям и условиям техники безопасности.

**Лечение** – общее название различного рода мероприятий, направленных на восстановление здоровья.

**Лимбическая система** – комплекс филогенетически древних подкорковых структур, расположенных вокруг III желудочка, среди которых выделяют гиппокамп, поясную извилину, миндалевидный комплекс, перегородку и пр.; играет важную роль в механизмах реализации мнестической деятельности, в формировании и контроле мотивационно-эмоциональных состояний.

**Линия жизни** – достаточно устойчивый активный интерес и соответствующий ему регулярно совершаемый вид деятельности.

**Личная карта клиента** – см. **Карта клиента**.

**Личность** – системное психологическое понятие, в наиболее обобщенном виде представляющее собой человека как носителя сознания. Основные свойства личности: характер, темперамент, ведущие мотивы, ценности, интересы, интеллектуальные способности.

**Личность референтная** – человек особенно значимый и ценный для другого человека как образец подражания. Выступает как источник основных ценностей, норм, правил поведения, суждений и поступков.

**Лобная кора** – наиболее поздно формирующиеся в онтогенезе передние отделы коры больших полушарий, имеющие тесные двусторонние связи с нижележащими образованиями (с неспецифической ретикулярной системой, с лимбическими структурами и др.), а также с другими отделами коры. Обеспечивает вызываемые речевыми инструкциями сложные формы активации,

лежащие в основе произвольного внимания, характеризующиеся избирательной локальной активацией соответствующих определенному виду деятельности корковых зон; контролирует степень и характер их участия в процессах приема и переработки информации; играет важную роль в осуществлении различных психических процессов, в том числе в реализации мнестической деятельности.

**Лобно-базальные структуры** – базальные (нижние, орбитальные) отделы лобных долей мозга; тесно связаны с ретикулярной формацией (см. **Ретикулярная формация**) ствола мозга, неспецифическими ядрами таламуса и гипоталамуса. Осуществляют регуляцию функциональных систем мозга, опосредуя протекание произвольных форм психической деятельности; оказывают особенно мощное влияние на ретикулярную формацию, придавая ее активирующим влияниям дифференцированный характер в соответствии с программой поведения, формирующейся в лобной коре; одно из звеньев коркового механизма обеспечения высших, связанных с речевой инструкцией, процессов активации; участвует также в регуляции обменных процессов, пищевого поведения, модуляции элементарных влечений, формировании процессов самосознания и регуляции эмоциональных состояний.

**Логоневроз** – невротическое заболевание с преимущественным поражением речевой функции. Проявляется в виде мутизма или заикания. Возникает в результате психической травмы, содержание которой отражается в картине заболевания, с течением времени смягчается. Характеризуется общевротическими проявлениями (снижение самооценки, рост тревожности, подавленное настроение, вегетативные расстройства), а также невротическим поражением речи, в частности в виде логофобии (страха речи). При этом мучительное предчувствие неполноценности своего высказывания блокирует механизм звукопроизнесения. Это нарушение возникает чаще всего в возрасте 4 – 5 лет, когда происходит значительное усложнение фразовой речи и интенсивное формирование мышления; возможно проявление заикания в 2 – 3 года (на этапе становления речи). В этиологии заикания играют роль как острые и подростковые психические травмы (испуг, помещение в детское дошкольное учреждение), так и длительные психотравмирующие ситуации (конфликтные отношения в семье и т. п.). Лечение проводится преимущественно методами психотерапии.

**Логопатия** – см. **Расстройство речи**.

**Логопедия** – педагогическая наука, отрасль дефектологии, изучающая anomalies развития речи при нормальном слухе. Логопедия исследует природу, механизмы и проявления речевых нарушений, разрабатывает научные основы их предупреждения и преодоления средствами специального обучения и воспитания.

**Логотерапия.** 1. Термин, предложенный В. В. Ковалевым для обозначения широкого спектра лечебных воздействий посредством слова. Логотерапия означает «лечение словом», в противовес медикаментозному и хирургическому лечению. Фактически в такой трактовке логотерапия выступает синонимом психотерапии.

2. Совокупность психотерапевтических методов и приемов, направленных на преодоление речевых нарушений. Отечественными логопедами и психиатрами установлено, что в ряде случаев нарушение речи, в частности заикание, обусловлено психическими травмами, т. е. имеет невротическую природу.

**Логофобия** – см. **Логоневроз**.

**Локализация высших психических функций** – связь физиологических и психических функций с работой определенных участков коры головного мозга. Согласно теории системной динамической локализации высших психических функций мозг работает как единое целое, состоящее из множества высокодифференцированных частей, каждая из которых выполняет свою специфическую роль.

**Локомоция** – передвижение, активное перемещение в пространстве. Относится к инстинктивным движениям, является ригидной функцией опорно-двигательного аппарата, допускает лишь минимальную индивидуальную изменчивость движений. Типичный пример жестко запрограммированных и фиксированных врожденных двигательных координаций. Локомоторное решение задач может привести к формированию сложных двигательных навыков.

**Лонгета** – приспособления (гипсовые, полимерные) для фиксации и удержания конечности в заданном положении.

**Лунатизм** – см. **Нарушение сознания**.

**Льготы по инвалидности** – законодательством Российской Федерации установлены следующие льготы для различных категорий инвалидов: льготы по оплате лекарств, санаторно-курортного лечения; по транспортному обслуживанию, ремонту технических средств реабилитации; по приобретению, строительству, получению и содержанию жилья; по оплате коммунальных услуг, услуг учреждений связи, предприятий; торговли, культурно-зрелищных и спортивно-оздоровительных учреждений; а также по



налогообложению и кредитованию (ст. 31, 32 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

**Люди с особыми потребностями** – люди, которые из-за определенных проблем, физических и психических расстройств не могут полностью участвовать в деятельности социальных институтов и получать положенную им поддержку без вмешательства профессионалов и других помощников.

## **М**

**Магнитотерапия** – лечебный метод, при котором на ткани больного воздействуют переменным низкочастотным полем или постоянным магнитным полем с помощью индукторов – электромагнитов, индукторов соленоидов или постоянных магнитов, в том числе эластичных. Применяется при лечении шизофрении, неврозов, органического поражения центральной нервной системы, при нарушениях кровообращения в системе сонных артерий, в системе вертебрально-базилярных артерий. Воздействие на организм магнитным полем оказывает седативный эффект, благоприятно влияет на функции вегетативной нервной системы, снижает чувствительность рецепторного аппарата и периферических нервов, оказывая, таким образом, обезболивающее действие. В результате воздействия магнитным полем у больных отмечается антиспастический, сосудорасширяющий и гипотензивный эффекты. Под влиянием магнитного поля происходит ускорение процессов регенерации тканей при трофических язвах, ранах, переломах костей.

**Малый эпилептический припадок** – см. **Эпилепсия**.

**Маниакальный синдром** – психопатологический синдром; характеризуется беспричинно приподнятым настроением, которое может варьироваться от беспечной веселости до неконтролируемого психомоторного возбуждения, ускорения мышления, вплоть до скачки идей. При этом возникают нарушения целенаправленной деятельности и социального поведения.

**Мануальная терапия** – комплекс специальных лечебных приемов, выполняемых руками; направлен на устранение боли и восстановление функции суставов или позвоночника. Процедура несколько напоминает приемы массажа. Больной по команде напрягает мышцы в болезненной зоне, после чего мышцы рефлекторно расслабляются, мануальный терапевт проводит при этом

серии пассивных движений с постепенно увеличивающейся амплитудой. Иногда используются вытягивания позвоночника или сустава руками, встряхивания, резкие короткие удары. В большинстве случаев для получения большего эффекта после нескольких процедур мануальной терапии назначают активные упражнения.

**Медицина психосоматическая** – см. **Психосоматика**.

**Медицинская реабилитация** – см. **Реабилитация медицинская**.

**Макроцефалия** – непропорциональное увеличение головы вследствие избыточных (в 1,5 – 2 раза выше нормы) размеров головного мозга или гидроцефалии. Дети с макроцефалией нередко страдают нарушениями интеллекта, зрения и слуха.

**Массаж** – метод лечения или профилактики, представляющий собой совокупность приемов механического воздействия на различные участки тела, производимого руками специалиста или специальными устройствами или аппаратами. Различают несколько видов массажа, основные среди них: лечебный, гигиенический, спортивный и косметический. Лечебный массаж (ручной и аппаратный) в зависимости от массажной техники может быть классическим, сегментарно-рефлекторным и точечным. Исторически сложились четыре приема массажа:

- поглаживание – начинается и заканчивается процедура массажа, применяется также после каждого приема, может быть поверхностным (успокаивает нервную систему, способствует расслаблению мышц, оказывает местное воздействие на кожу) и глубоким (стимулирует отток лимфы и крови, способствует быстрой эвакуации из тканей продуктов обмена и ликвидации застойных явлений);
- растирание – более энергичный прием; заключается в смещении и растяжении кожи;
- разминание – наиболее сложный массажный прием, при котором мышцу захватывают, приподнимают и оттягивают, сдавливают;
- вибрация – прием, состоящий в передаче участку тела колебательных (дрожательных) движений различной интенсивности, частоты, скорости и амплитуды.

**Материальная помощь** – социально-экономическая услуга (см. **Социальная услуга**), состоящая в предоставлении клиентам социальных служб (см. **Клиент социальной службы**), денежных средств, продуктов питания, средств санитарии и гигиены, средств

ухода за детьми, одежды, обуви и других предметов первой необходимости, топлива, а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в постороннем уходе.

**Медико-педагогическая реабилитация** – меры, направленные на укрепление или восстановление утраченного здоровья, применяемые в процессе обучения и воспитания. Целью медико-педагогической реабилитации являются формирование, сохранение и укрепление здоровья детей и подростков. Различают также специальную (индивидуальную) медико-педагогическую реабилитацию, цель которой – полная ликвидация патологических изменений, нарушающих ход нормального развития детского организма, либо максимально возможная компенсация врожденных или приобретенных отклонений в состоянии здоровья медико-педагогическими мерами и возвращение субъекта в предельно короткие сроки к свойственному для его возраста образу жизни, обеспечивающему гармоничное физическое и духовное развитие. Основной контингент: дети с функциональными отклонениями (II группа здоровья – ослабленные дети) и дети с морфологическими отклонениями (III группа здоровья – дети, имеющие хронические заболевания в стадии компенсации).

**Медико-социальная помощь** – помощь, направленная на уход за больными и инвалидами, профилактику заболеваемости и алкоголизма, медико-социальный патронаж.

**Медико-социальный патронаж семьи, имеющей инвалида** – см. Патронаж.

**Медицина народная (целительство)** – это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый Министерством здравоохранения.

**Медицинская диагностика в социальной работе** – процесс установления медицинского диагноза, т. е. заключения о характере и существе болезни и ее обозначения на основе принятой классификации. Медицинский диагноз предполагает собой умение специалиста определить болезнь и инвалидность на основании исследования. Специалиста по социальной работе эти диагнозы будут интересовать с точки зрения их психосоциальных и психолого-

педагогических аспектов и тех социальных последствий, которые сопровождают данные заболевания, а также то, каким образом заболевание или инвалидность может повлиять на развитие ребенка. См. также **Диагноз реабилитационный**.

**Медицинская модель инвалидности** – см. **Модель инвалидности**.

**Медицинская модель социальной работы** – см. **Модель медицинская**.

**Межполушарная организация психических процессов** – функциональная «специализированность» полушарий мозга человека и животных; при осуществлении одних психических функций ведущим является левое полушарие, других – правое. Было показано, что левое полушарие у правшей играет преимущественную роль в экспрессивной и импрессивной речи, в чтении, письме, вербальной памяти и вербальном мышлении. Правое же полушарие выступает ведущим для неречевого, например, музыкального слуха, зрительно-пространственной ориентации, невербальной памяти, критичности. Также было показано, что левое полушарие в большей степени ориентировано на прогнозирование будущих состояний, а правое – на взаимодействие с опытом и актуально протекающими событиями. Зрелые функции левого и правого полушарий представлены следующим рядом: причинное – не причинное, планирующее – узнающее, контролирующее – пребывающее, активное – рецептивное, интеллектуальное – интуитивное, аналитическое – синтетическое, сукцессивное – симультанное, концентрированное – диффузное, думающее – чувствующее, время – пространство, прошлое и будущее – настоящее, вербальное – образное. В процессе индивидуального развития выраженность межполушарной асимметрии меняется, происходит латерализация функций головного мозга. При этом в известных пределах существует взаимозаменяемость полушарий головного мозга.

**Менингит** – воспаление оболочек головного и спинного мозга. По способу проникновения инфекции в мозговые оболочки менингиты разделяются на первичные и вторичные. При первичном менингите мозговые оболочки поражаются без предшествовавшего заболевания, при вторичном – процесс в мозговых оболочках развивается после общего или местного инфекционного заболевания. Менингит нередко оставляет тяжелые последствия: водянку головного мозга, эпилептические припадки, поражение внутреннего уха и слуховых нервов, чаще двухстороннее, что приводит к глухоте, атрофию зрительных нервов со снижением зрения и слепотой,

нарушения опорно-двигательного аппарата (параличи, парезы), задержку интеллектуального развития.

**Менталитет** – это глубинный духовный склад, совокупность коллективных представлений на неосознанном уровне, присущий этносу как большой группе людей, сформировавшейся в определенных природно-климатических и историко-культурных условиях.

**Метаболизм** – см. **Обмен веществ**.

**Метод 1.** Прием, способ, образ действия.

**2.** Способ познания, исследования явлений природы, общественной жизни человека, внутриличностных особенностей, функционального состояния организма и пр.; способ практического осуществления научного исследования.

**Метод адаптивного биоуправления** – см. **Метод биологической обратной связи**.

**Метод биологической обратной связи (метод БОС, метод адаптивного или функционального биоуправления, биореабилитация, метод висцерального обучения, метод оперантного обучения)** – современный метод реабилитации, направленный на активацию внутренних резервов организма с целью восстановления или совершенствования физиологических навыков. Теоретическое обоснование метода опирается на представления об условно-рефлекторной деятельности. Метод БОС представляет собой комплекс процедур, при проведении которых человеку посредством специальных технических устройств (цепи внешней обратной связи) передается информация о состоянии той или иной функции его собственного организма. На основе полученной информации пациент под руководством инструктора с помощью специальных приемов и аппаратуры развивает навыки самоконтроля и саморегуляции, т. е. способность изменять физиологическую функцию для коррекции патологических расстройств.

В общем случае принцип обратной связи опирается на фундаментальный закон кибернетики, согласно которому эффективное функционирование любой управляемой системы зависит от возврата информации о результатах работы этой системы управляющему органу. В реальной жизни человек постоянно сталкивается с регулирующим механизмом обратной связи. Например, поддержание вертикального положения тела является с физической точки зрения весьма сложной задачей (большая масса тела, незначительная площадь опоры, высокое расположение центра тяжести и пр.), однако информация, постоянно поступающая от

рецепторов давления (кожа стоп), проприорецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях, суставах, костях, от вестибулярного аппарата, от органов зрения, перерабатывается центральной нервной системой, которая в реальном времени, управляя соответствующими группами мышц, обеспечивает вертикальное положение тела. В данном случае биоуправление происходит бессознательно, т. е. осуществляется без участия сознания человека и применения им каких-либо мотивационных или волевых предпосылок. В противоположность этому метод БОС как способ медицинской реабилитации предусматривает обязательное использование сознательного регулирования психическими и физиологическими процессами.

В настоящее время выпускается 7 разновидностей кабинетов БОС, предназначенных для лечения заболеваний кардиореспираторной системы, опорно-двигательного аппарата, психофизиологической подготовки беременных к родам, коррекции зрения, психоэмоционального состояния человека, коррекции речевых нарушений и т. д.

Существуют определенные условия, без соблюдения которых применение метода БОС окажется принципиально невозможным. Первое условие – наличие хотя бы минимальной сохранности корректируемой функции, второе – присутствие хотя бы минимальной сохранности интеллекта, что необходимо для понимания инструкций методиста и их выполнения. Медицинские показания для использования метода БОС целесообразно рассматривать при обсуждении каждого конкретного специализированного комплекса БОС. Как правило, это посттравматические, ортопедические, неврологические нарушения, психовегетативные и невротические расстройства. Абсолютные противопоказания отсутствуют. Относительные противопоказания носят преходящий, непостоянный характер или накладывают лишь частичные ограничения на применение данного метода. К относительным противопоказаниям относятся возраст пациента, сохранность интеллекта и эмоционально-волевой сферы, наличие мотивации к лечению, тяжелые сопутствующие заболевания, значительные анатомические изменения, локальные патологические изменения, ожирение III степени, тяжелые нарушения возбудимости и проводимости сердца, наличие диафрагмальной грыжи, повышенная судорожная готовность.

Эффективность метода БОС оценивается по трем основным показателям: клиническое улучшение состояния больного, статистически значимые изменения регулируемой функции и

сохранение устойчивости сформированных навыков. Среди преимуществ метода по сравнению с традиционным выделяют следующие:

- не имеет абсолютных противопоказаний;
- физиологичен, опирается на активацию и мобилизацию собственных резервов организма человека;
- имеет четкую патогенетическую направленность при лечении ряда заболеваний (например, недержание мочи или кала);
- дает возможность дозирования и контроля нагрузок как при проведении каждого сеанса, так и в ходе всего курса лечения;
- дает возможность осуществлять объективно-диагностические мероприятия;
- предусматривает активное участие пациента в собственном лечении, что повышает эффективность лечения;
- индивидуальный подход к проведению каждого сеанса усиливает терапевтический эффект;
- сочетается со всеми видами проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий;
- безболезнен;
- неинвазивен или минимально инвазивен;
- способствует снижению или полной отмене лекарственной нагрузки на организм человека;
- практически не имеет нежелательных, побочных эффектов.

**Метод БОС** – см. **Метод биологической обратной связи.**

**Метод висцерального обучения** – см. **Метод биологической обратной связи.**

**Метод вызванных потенциалов** – метод, основанный на регистрации биоэлектрической активности головного мозга, обусловленной внешними воздействиями; фиксируются в относительной временной близости с этими воздействиями. В частности, можно исследовать ритмические колебания биопотенциала в ответ на внешне навязанный ритм раздражителя (вызванного потенциала).

**Метод динамической проприоцептивной коррекции** – метод восстановления двигательных, речевых и психических функций для

больных с поздней резидуальной стадией детского церебрального паралича, включая и больных с самыми тяжелыми его проявлениями, в возрасте от 3 лет и старше. Автором данного метода является известный российский ученый профессор К. А. Семенова. Восстановительное лечение проводится путем применения устройств «Адели» и «Гравистат», прототипом которых является комбинезон «Пингвин», используемый космонавтами для устранения отрицательного влияния на организм пребывания в невесомости. Применение костюмов «Адели» и «Гравистат» дает положительный эффект в 60-70% реабилитации больных ДЦП, прежде всего с гиперкинетической формой заболевания, ранее рассматривающейся как некурабельной, а также при тяжелой спастической диплегии, атонически-астатической форме, в меньшей степени при гемипаретической.

Костюм «Адели» – это нагрузочное устройство, имитирующее гравитационное поле земли, которое стимулирует у человека (как здорового, так и больного) структуры функциональной системы антигравитации мозга. Однако в патогенезе ДЦП основную роль играют не только дефективность функциональной системы антигравитации, но и тесно с ней связанная патология мышечных синергий, которые формируются на базе нередуцировавшихся у этих больных патологических рефлексов: лабиринтного тонического рефлекса (ЛТР), симметрического шейного тонического рефлекса (СШТР), асимметрического шейного тонического рефлекса (АШТР) и др. Устройство «Гравистат» учитывает возможности для нейтрализации и уменьшения интенсивности тонических рефлексов, что принципиально изменило конструкцию комбинезона, он стал не нагрузочным, а рефлекторно-нагрузочным, что позволило значительно расширить возможность воздействия на рефлекторный аппарат больного с целью более направленной и интенсивной коррекции патологического двигательного стереотипа.

Применение метода динамической проприоцептивной коррекции выполняет следующие задачи:

- уменьшение интенсивности или же нейтрализация некоторых основных патологических тонических рефлексов;
- рефлекторную коррекцию патологических мышечных синергий;
- рефлекторную коррекцию порочного положения туловища и нижних конечностей;



- выработку стереотипа локомоторного акта, максимально приближенного к физиологическому.

**Метод кардиограммы** – метод регистрации биоэлектрической активности сердечной мышцы; применяется для анализа вегетативных сдвигов.

**Метод кожно-гальванической реакции** – метод регистрации биоэлектрической кожной активности как показателя непроизвольной вегетативной активности. Применяется для оценки изменения функциональных состояний, ориентировочных и эмоциональных реакций, индивидуальных различий. Для регистрации кожно-гальванической реакции может замеряться разность кожных потенциалов по методу Тарханова и изменение кожного сопротивления по методу Фере.

**Метод Лурии** – ряд нейропсихологических подходов, разработанных А. Р. Лурией, служащих для диагностики локальных повреждений головного мозга по сопутствующим психическим нарушениям. Представляет собой набор тестовых испытаний различных познавательных процессов, произвольных действий и особенностей личности. По анализу истории болезни и предварительной беседе с больным строится предварительное предположение о возможной локализации очага поражения. Затем производится собственно нейропсихологическое исследование, в котором анализируется качество сохранных и нарушенных психических процессов. При этом характеризуются состояние отдельных анализаторов (зрительного, слухового, двигательного, кожно-кинестетического) и уровень опосредования психических процессов с помощью речевой системы. На базе полученных данных делается заключение о локализации очага поражения в коре больших полушарий или в подкорковых структурах головного мозга.

**«Метод мимический»** – система обучения глухих на основе использования мимико-жестовой формы речи (см. **Речь мимико-жестовая**). Сторонники «мимического метода» исходили из концепции совершенствования прирожденных способностей глухого ребенка посредством использования естественных жестов. Язык жестов расценивался как наиболее приемлемое для глухого средство мышления и общения на всех этапах возрастного развития.

**Метод миограммы** – метод регистрации биоэлектрической активности мышц тела человека для оценки интенсивности, локализации и временных параметров мышечного движения, например, для регистрации скрытых двигательных реакций.

**Метод оперантного обучения** – см. **Метод биологической обратной связи**.

**Метод функционального биоуправления** – см. **Метод биологической обратной связи**.

**Метод электрофизиологический** – метод анализа активности органических систем на основе регистрации биопотенциалов, изменение которых может происходить спонтанно или в ответ на внешний раздражитель. При этом биотоки головного мозга анализируются с помощью энцефалограммы и вызванных потенциалов, мышц – с помощью миограммы, кожи – с помощью кожно-гальванической реакции, сердца – с помощью кардиограммы.

**Метод PNF** – см. **Проприоцептивная нейромышечная фасцилитация**.

**Метод энцефалограммы** – метод регистрации биоэлектрической активности головного мозга на различных участках поверхности скальпа; служит для анализа изменений мозговой активности.

**Методика** – совокупность приемов, методов обучения чему-либо, методов рационального проведения некоей работы, процесса или же практического выполнения чего-либо; конкретное воплощение метода – выработанный способ организации взаимодействия субъекта и объекта исследования на базе конкретного материала и конкретной процедуры.

Для работы с инвалидами к реабилитационным методикам предъявляются следующие требования:

- доступность и постепенное усложнение заданий;
- опора на возможности и интересы людей конкретного возраста с тенденцией к некоторому опережению, т. е. с перспективой (см. **Зона ближайшего развития**);
- учет индивидуальных медико-психологических особенностей инвалида.

**Методология** – совокупность методов, применяемых в конкретном научном направлении; определяет принципы, которыми необходимо руководствоваться в организации и построении теоретической и практической деятельности. Функция ее двояка: она позволяет описать и оценить деятельность с позиции внутренней организации, также в ее рамках вырабатываются рекомендации и правила – те нормы, которыми необходимо руководствоваться.

**Методы реабилитации механические** – применение приспособлений и механизмов для восстановления или компенсации нарушенных функций и систем.

**Механизм организации движения** – здесь объектом изучения являются естественные движения, в основном человека. Прежде бытовало мнение, что двигательный акт организуется так: при обучении движению в двигательных центрах формируется и фиксируется его программа, затем в результате действия какого-то стимула она возбуждается, в мышцы идут командные импульсы, и движение выполняется. Итак, механизм движения описывался схемой рефлекторной дуги: стимул – процесс его центральной переработки (возбуждение программ) – двигательная реакция. Согласно Н. А. Бернштейну, сколько-нибудь сложное движение так выполняться не может. Главная причина в том, что результат сложного движения зависит не только от собственно управляющих сигналов, но и от целого ряда дополнительных факторов. Все они вносят дополнения в запланированный ход движения, а сами не поддаются предварительному учету. В результате цель движения может достигаться, только если в него постоянно будут вносить поправки, корректировки. Это – содержание принципа сенсорной коррекции. Дополнительные факторы, влияющие на ход движения:

- реактивные силы, например, если сильно махнуть рукой, то в других частях тела разовьются эти силы и изменят положение и тонус мышц;
- инерционные силы, например, если резко поднять руку, она взлетает не только за счет моторных импульсов, но и с какого-то момента начинает двигаться по инерции; влияние инерции особенно велико при работе с тяжелыми орудиями;
- внешние силы – так движение, направленное на объект, встречается с сопротивлением данного объекта, которое может быть не всегда предсказуемо;
- исходное состояние мышцы – мышца может быть расслабленной, утомленной и пр., состояние мышцы во время движения меняется вместе с изменением ее длины, поэтому один и тот же управляющий импульс может давать различные моторные эффекты.

Действие всех этих факторов обуславливает необходимость непрерывного учета информации о состоянии двигательного аппарата и о ходе движения. Эта информация называется сигналами обратной связи.

**Механизм сдвига мотива (механизм сдвига мотива на цель; механизм превращения цели в мотив)** – механизм образования мотивов, суть которого в том, что цель, ранее побужденная к

осуществлению каким-то мотивом, со временем обретает самостоятельную побудительную силу – сама становится мотивом, что может произойти только при наличии положительных эмоций. Должен пройти длительный период накопления положительных эмоций как своеобразных мостиков, связывающих предмет с системой существующих мотивов, пока новый мотив не будет включен в эту систему. В итоге цель обретает статус мотива. Так происходит сдвиг мотива на цель.

**Механизм освоения роли** во многом сходен с механизмом идентификации, но отличается значительно большей обобщенностью, часто – отсутствием персонализации осваиваемого эталона. Описывается с помощью понятой социальной позиции и социальной роли. Восприятие персональных ролей – принятие индивидом для себя различных ролей и понимание поведенческих норм, присущих этим ролям.

**Механотерапия** – метод для восстановления нарушенных двигательных функций с использованием аппаратов (технических средств), облегчающих движения или, наоборот, требующих одномоментных усилий для их выполнения.

**Миалгия** – боль в мышцах, возникающая спонтанно или под влиянием внешних воздействий (пальпации, физической нагрузке, движении); обусловлена нарушением проницаемости клеточных мембран, развитием отека, специфических и неспецифических воспалительных изменений в мышцах. Наблюдается при физическом переутомлении, поражении опорно-двигательного аппарата, различных заболеваниях нервной системы, особенно воспалительного характера.

**Миастения (астенический бульбарный паралич, болезнь Эрба-Гольдфлама)**, (греч. *mus*, *my[os]* – мышца и *astheneia* – бессилие) – нервно-мышечное заболевание, характеризующееся патологической утомляемостью и мышечной слабостью. Установлено, что в основе заболевания лежат аутоиммунные расстройства, связанные с патологией вилочковой железы и вызывающие нарушение механизма симпатической нервно-мышечной передачи. Наиболее часто слабость начинает появляться в наружных мышцах глаз, мимических мышцах и мышцах, осуществляющих жевание и глотание. Поэтому первыми симптомами заболевания чаще всего являются птоз, косоглазие и двоение в глазах, а также нарушение жевания, глотания и речи. По мере прогрессирования болезни развиваются слабость мышц туловища, конечностей и резкая утомляемость. Мышечные атрофии и нарушения сухожильных

рефлексов наблюдаются крайне редко. Течение прогрессирующее, однако быстрота нарастания отдельных симптомов варьирует от нескольких недель до нескольких лет.

**Миотония (болезнь Оппенгейма)**, (греч. *mus*, *my[os]* – мышца, отрицательная приставка *a-* и *tonos* – напряжение) – врожденное заболевание, основным признаком которого является резко выраженная гипотония или атония мышц. Причинами могут быть родовая травма головного или спинного мозга, врожденная патология мышечной системы, обмена веществ, пороки развития центральной нервной системы и др. Первые признаки заболевания иногда проявляются еще до родов в виде слабого шевеления плода, роды часто бывают патологическими из-за недостаточной двигательной активности. Симптоматическое лечение включает массаж, лечебную физкультуру, назначение средств, влияющих на тканевый обмен.

**Микроклимат** – комплекс физических факторов (температуры, влажности, скорости движения воздуха, температуры поверхности объектов и т. д.) внутри помещений, влияющих на тепловой обмен организма и здоровье человека. Воздействие разнообразных сочетаний параметров микроклимата создает различные условия теплообмена организма с окружающей средой и обеспечивает определенное тепловое состояние, выражающееся не только в субъективном теплоощущении человека, но и в характере тех физиологических процессов, которые происходят при изменении микроклимата.

**Микросоциум** – ближайшее социальное окружение человека (семья, близкие, друзья, товарищи, приятели, знакомые, соседи, коллеги по работе).

**Микрофтальм** – врожденная аномалия развития глаза, характеризующаяся уменьшением всех его размеров. Микрофтальм развивается на одном или обоих глазах в результате различных внутриутробных патологических процессов, обусловленных, например, токсоплазмозом или другими причинами.

**Минимальная мозговая дисфункция (минимальная церебральная дисфункция, органическая мозговая дисфункция, слабовыраженная форма детской энцефалопатии, гиперактивность, гиперкинетический синдром, хронический мозговой синдром, минимальный церебральный паралич)** – термин, официально рекомендованный к применению Оксфордской международной группой по изучению проблем детской неврологии в 1962 г. Это группа расстройств, возникающих вследствие перинатальных повреждений центральной нервной системы,

недоношенности, перенесенных черепно-мозговой травмы или нейроинфекции, а также как следствие ранних локальных повреждений головного мозга. С современных позиций рассматриваются как особые формы дизонтогенеза. Представляют собой наиболее распространенную форму (по разным источникам от 5 – 10 до 20 – 30 случаев на 100 детей) нервно-психических нарушений детского возраста. Чаще встречаются у мальчиков. У детей наблюдается возрастная незрелость функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как поведение, речь, внимание, память, восприятие и другие виды высшей нервной деятельности. При этом возникают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации.

Клинически расстройства проявляются повышенной возбудимостью, эмоциональной неустойчивостью, умеренно выраженными сенсорными и речевыми нарушениями, расстройствами восприятия, отвлекаемостью, трудностями поведения, недостаточной сформированностью практических навыков письма (см. **Дизграфия**), чтения (см. **Дислексия**), счета (дискалькулия) и избирательного дефицита интеллектуальной деятельности в сочетании с легкими очаговыми неврологическими симптомами.

Эти расстройства могут встречаться изолированно, но чаще всего сочетаются друг с другом. При этом общее интеллектуальное развитие находится в пределах нормы или, в отдельных случаях, субнормы. Следует отметить, что максимальная выраженность проявлений минимальной мозговой дисфункции совпадает с критическими периодами психоречевого развития.

**Минимальная церебральная дисфункция** – см. **Минимальная мозговая дисфункция**.

**Минимальный церебральный паралич** – см. **Минимальная мозговая дисфункция**.

**Минус-симптомы** – симптомы психических нарушений, которые характеризуются пропаданием ранее бывших свойств. К душевным минус-симптомам относятся потеря решительности, медлительность, недостаток побуждения, недоверие себе, неспособность устанавливать связи; к эмоциональным – торможение, усталость, депрессия, летаргия, апатия; к вегетативным – головноекружение, замедленное сердцебиение, понижение мускульного тонуса, слабый голос.

**Миограмма** – запись электрической активности скелетных мышц, выполняемая посредством специального прибора, для исследо-

вания функционального состояния мышц – миографа (электромиографа) путем регистрации их биопотенциалов.

**Миография** – метод исследования функционального состояния мышц путем регистрации их биопотенциалов.

**Миоклония** – см. **Гиперкинез**.

**Миопатия** (греч. mus, my[os] – мышца и pathos – страдание, болезнь) – термин, объединяющий различные по происхождению системные поражения скелетных мышц с нарушением их трофики, уменьшением массы активных элементов и развитием у больных мышечной слабости. К группе миопатий относят наследственные нервно-мышечные болезни и нервно-мышечные синдромы, развивающиеся при некоторых заболеваниях центральной нервной системы, внутренних органов, инфекционных болезнях и интоксикациях. Миопатии, в основе которых лежат обменные нарушения в самой мышечной ткани, приводящие к распаду мышечных волокон с замещением их соединительной тканью, носят название мышечных дистрофий (см. **Мышечная дистрофия**). Нейромышечные заболевания, обусловленные нарушением иннервации мышц вследствие первоначального поражения мотонейронов спинного мозга или периферических нервных волокон, называются амиотрофиями.

**Миопия** – близорукость, один из видов рефракции глаза. При миопии параллельные лучи преломляются средами глаза так, что соединяются впереди сетчатки. На сетчатке образуется расплывчатое изображение и предметы видны неясно.

**Мобильность** – способность индивида эффективно передвигаться, в том числе с использованием посторонней помощи или устройств.

**Мобильные культурные центры на селе** – передвижные клубы нового поколения, призванные обеспечить доступ сельского населения к ценностям отечественной и мировой культуры, способствовать укреплению социальной адаптации слабо защищенных групп населения. Специальные электронные комплексы позволяют инвалидам «побывать» в любом музее или театре мира в режиме реального времени, снимать фильмы и телепередачи, издавать книги, журналы, газеты. Мобильные передвижные комплексы должны иметь богатый фонд отечественных и зарубежных фильмов, фонотеку, аппаратуру для жестового пения, домашний театр и т. д. Использование мобильных культурных центров позволяет радикально обновить культурно-просветительскую работу на селе. Персонал клуба должен иметь специальную подготовку.

**Модели помощи семье.** Существуют различные модели помощи семье (в том числе дисфункциональной, проблемной), которые могут быть использованы в социально-реабилитационной работе.

- **Педагогическая модель** базируется на гипотезе недостатка педагогической компетенции родителей. Субъектом жалобы выступает, как правило, ребенок, в этом случае хотя родитель и является причиной неблагополучия, это открыто не рассматривается, и консультант ориентируется не столько на индивидуальные возможности родителей ребенка, сколько на универсальные с точки зрения педагогики и психологии способы воспитания.
- **Учебная модель** выделяется некоторыми авторами [Овчарова Р. В.; 2001], отличается от педагогической тем, что носит профилактический характер. Направлена на повышение психолого-педагогической культуры родителей, расширение и восстановление воспитательного и реабилитационного потенциала семьи, активное включение родителей в процесс социализации ребенка.
- **Социальная модель** используется тогда, когда семейные трудности есть результат неблагоприятных обстоятельств. В этих случаях помимо анализа жизненной ситуации требуется вмешательство внешних сил.
- **Психологическая (психотерапевтическая) модель** используется тогда, когда причины трудностей инвалида лежат в области общения, личностных особенностей членов семьи. Практическая помощь заключается в преодолении барьеров общения и причин его нарушения.
- **Диагностическая модель** основывается на предположении дефицита у родителей специальных знаний о ребенке или своей семье. Объект диагностики – не только дети с нарушениями и отклонениями в поведении, но и сама семья.
- **Медицинская модель** предполагает, что в основе семейных трудностей лежат заболевания ребенка или членов семьи, в этом случае задача помощи семье заключается в адаптации здоровых членов семьи к больным.



- **Реабилитационная модель** основана на укреплении позиции семьи с определением ее сильных сторон, потребностей, ресурсов и опорой на них в процессе реабилитации. Между семьей инвалида и специалистами по реабилитации устанавливаются партнерские отношения, семья активно участвует в планировании, принятии решений и осуществлении деятельности по достижению реабилитационных целей.

**Модель инвалидности** – современные социальные представления об инвалидности, ее причинах и средствах и способах реабилитации.

- **Медицинская модель инвалидности** широко распространена в обществе; исходит из ведущей роли медицины в лечении дефекта, рассматривает инвалида как пациента; все внимание концентрируется на физической или психической патологии, и, следовательно, инвалид нуждается в лечении, реабилитации и приспособлении к жизни в обществе; ограничения жизнедеятельности инвалида рассматриваются только в сочетании с его недугом, центральной оказывается идея непохожести на других, инвалид – аномальное или трагичное лицо, а ограниченные возможности инвалида – его собственная проблема, в результате чего человек должен приспособиться к обществу, измениться, чтобы соответствовать сложившимся представлениям о норме; способности инвалида принимать решения тоже ограничены, поэтому он должен принять условия большинства; обучаться и работать такие люди могут только в специальных, узко ориентированных учреждениях.
- **Социальная модель инвалидности** предполагает, что инвалидность следует рассматривать, учитывая взаимосвязь инвалида с его окружением, ограниченные возможности – это не личная проблема, а результат социального, экономического и политического неравенства внутри общества; люди с ограниченными возможностями – не аномальная или трагическая, а скорее, притесняемая группа; ощущение ограниченных возможностей вызвано не столько недугом, сколько отношением людей, существованием средовых барьеров

и т. д.; должен меняться не только человек с ограниченными возможностями, но и обществу необходимо изменить свое отношение к инвалидам; инвалиды должны быть интегрированы в общество здоровых людей на их собственных условиях.

- **Политико-правовая модель инвалидности** – люди, имеющие инвалидность, рассматриваются как социальное меньшинство, права и свободы которых ущемляются посредством внешних ограничений: архитектурной средой, замкнутым кругом общения, ограниченным доступом к участию во всех аспектах общественной жизни, к информации и средствам коммуникации; данная модель ориентирует общество на защиту особых прав инвалидов.
- **Модель независимой жизни инвалида** – возможность полностью контролировать свою жизнь на основе приемлемого выбора, который сводит к минимуму зависимость от других людей в принятии решений и осуществлении повседневной деятельности; ориентирует человека, имеющего инвалидность, на то, чтобы он ставил перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества; она рассматривает инвалидность с позиции неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить, мыслить обычными способами, таким образом, включение в инфраструктуру общества системы социальных служб, которым человек с инвалидностью мог бы делегировать свои ограниченные возможности, сделало бы его равноправным членом общества. Философия независимой жизни предполагает, что независимая жизнь – это (виртуальный центр независимой жизни инвалидов Магаданской области):
  - возможность самим определять и выбирать такой образ жизни, который позволяет самостоятельно принимать решения и свободно управлять обстоятельствами в различных жизненных ситуациях;
  - право человека быть неотъемлемой частью современного общества и, принимая активное участие в социальных и политических процессах, иметь свободу выбора;

- возможность иметь право полного участия в процессах медицинской и социальной реабилитации и быть главным экспертом в оценке их качества;
- право человека иметь свободный доступ к жилью и среде обитания, социальной инфраструктуре и транспорту, работе и образованию, медицинскому обслуживанию и социальным услугам;
- все то, что дает возможность инвалиду считать себя Личностью и быть независимым человеком.

**Модель медицинская (медицинская модель социальной работы)** – подход в социальной работе к оказанию помощи людям, построенный в соответствии с формами и методами, используемыми многими врачами. Включает в себя отношение к клиенту как к больному, которого надо лечить, сравнительно меньше внимания уделяя факторам среды, в которой живет клиент, установление диагноза при помощи весьма специфических терминов и рассмотрение проблемы с позиции обычного клинического подхода (см. **Модель инвалидности**).

**Модификация** – видоизменение, преобразование чего-либо, для которого характерно появление новых свойств.

**Модификация поведения** – метод регулирования социального поведения; использовался сначала как клинический метод психотерапии для лечения больных неврозами, затем стал применяться в отношении психически здоровых людей для выработки механических привычек, обеспечивающих адаптацию к неприемлемым для них условиям жизни.

**Мозговые оболочки** – соединительные образования, покрывающие головной и спинной мозг; выполняют защитно-трофическую функцию и участвуют в регуляции мозгового кровотока. Различают твердую, паутинную и мягкую, или сосудистую, оболочки.

- **Твердая оболочка головного мозга** состоит из двух листков, плотно прилежащих друг к другу и к внутренней поверхности костей черепа, образует отростки, которые проникают между частями головного мозга и разделяют их. В местах отхождения отростков твердая оболочка расслаивается, формируя венозные синусы, куда оттекает кровь из вен головного мозга, твердой оболочки, костей черепа и собирается в систему

внутренних яремных вен. Обладает болевой чувствительностью.

- **Паутинная оболочка головного мозга** не проникает в глубину борозд мозга, вследствие чего между нею и подлежащей мягкой оболочкой образуется подпаутинное (субарахноидальное) пространство, содержащее циркулирующую в нем цереброспинальную жидкость. В отдельных участках субарахноидальное пространство расширяется, образуя подпаутинные цистерны. Подпаутинное пространство головного и спинного мозга, сообщаясь с желудочками спинного мозга, входит в систему циркуляции цереброспинальной жидкости. На наружной поверхности паутинной оболочки расположены выросты – пахионовы грануляции, имеющие сложные функции.
- **Мягкая оболочка головного мозга** состоит из двух пластинок, между которыми располагаются мозговые артерии и вены. Эта оболочка сращена с тканью мозга, принимает участие в образовании сосудистых сплетений желудочек.

**Мозжечок** – отдел головного мозга, обеспечивающий координацию движений, мышечный тонус и равновесие тела, расположен в задней черепной ямке над продолговатым мозгом и мостом мозга (варолиевым мостом). Состоит из среднего отдела, или червя мозжечка, и двух полушарий, каждое из которых разделено бороздами на три доли. Различают заложенное внутри белое вещество и покрывающее его тонким слоем серое вещество – кору мозжечка. Главной функцией мозжечка является регуляция согласованной (координированной) деятельности скелетных мышц. Вместе с корой большого мозга мозжечок принимает участие в координации произвольных движений. Осуществляется это благодаря связям мозжечка с рецепторами, заложенными в скелетных мышцах, суставах и сухожилиях, полукружных каналах наружного уха, сигнализирующих в центральную нервную систему о положении головы и тела в пространстве. Также мозжечок участвует в регуляции равновесия тела при ходьбе и активных движениях. Регуляция координации движений скелетных мышц осуществляется через специальные системы восходящих и нисходящих проводящих путей, связывающих мозжечок со спинным мозгом, откуда начинаются двигательные нервные волокна, идущие к скелетным мышцам.

**Мониторинг** – текущий контроль и оценка деятельности, непрерывное отслеживание фактически проведенных и запланированных мероприятий, соблюдения временных рамок, соответствия расходов утвержденному бюджету, охвата участников мероприятий и т. д.

**Монопарез** – паралич мышц одной конечности.

**Монтессори-терапия** – опыт интегрированного обучения детей с различной патологией в развитии в условиях одной группы, при этом большое внимание уделяется сенсомоторному развитию, развитию речи и мышления, умению концентрировать внимание и сосредоточенно работать, умению контролировать себя, свою деятельность и поведение. Большое значение уделяется воспитанию самостоятельности, независимого, социально активного и социально адаптированного человека, овладевшего навыками самостоятельного освоения культуры. В группе дети помогают друг другу, например, ребенок с нарушением интеллекта может катать коляску с ребенком с нарушением опорно-двигательного аппарата, глухой ребенок может помогать слабовидящему ориентироваться в пространстве и т. п. Так как нет традиционных одновозрастных групп, на первый план здесь выходят социальные обучающие процессы «опытными» и «неопытными» членами детского коллектива.

М. Монтессори считала, что «подготовительная среда» существенно облегчает ребенку не только понимание окружающего мира, но и взаимодействие с различными предметами, которые ребенок выбирает сам, освоение двигательных и сенсорных навыков, а самое главное, конструктивное общение с детьми и взрослыми. В этой подготовительной среде малыш развивает свои физические и интеллектуальные способности, нормирует «душевную целостность» и стремится к гармоничному развитию. Получив через дидактический материал практический опыт «упорядочивания подготовительной средой», малыш начинает приводить в систему свой «жизненный» опыт, он начинает воспринимать не отдельные грани и изолированные факты, а выстраивает их в единое целое.

С достаточной степенью условности учение Монтессори можно представить в виде нескольких крупных разделов [Лильин Е. Т.; 1997]: упражнения в повседневной жизни, развитие чувств, развитие математических способностей и развитие речи. Дидактический материал подбирается в соответствии с утверждением, что «в разуме нет ничего такого, что прежде не было бы в чувстве».

**Морально-психологический климат** – см. **Климат социально-психологический.**

**Морита-терапия** – форма когнитивной психотерапии; основана на положениях дзен-буддизма с использованием эффектов сенсорной депривации. Первоначально этот метод был ориентирован на лечение такого этноспецифического психического заболевания японцев, как «шинкейшицу» (невротический комплекс с элементами неврастения, ипохондрии, навязчивостей). Основной целью данного метода являлось достижение пациентом не просто хорошего самочувствия, но изменение самого уклада жизни. Морита-терапия осуществлялась в клинике, куда пациент помещался, чтобы исключить возможность привычных занятий и отношений, и проходила несколько этапов. В первую неделю пациент проводил время в изолированной, затемненной комнате, пытаясь самостоятельно решить свои проблемы. Затем он включался сначала в легкую, затем во все более тяжелую трудотерапию, которая длилась месяц-полтора; в это время его проблемы также не обсуждались, но формировалась общая установка, позволяющая пациенту включать в свою личностную структуру как позитивный, так и негативный опыт, а главное – не вытеснять страх, а относиться к нему безучастно. После окончания стационарного курса психотерапия продолжалась в рамках краткосрочных семинаров бывших пациентов. В настоящее время метод используется достаточно широко и получил международное признание.

**Мотив** (от лат. moveo – двигаю) – теоретический конструкт, обозначающий материальный или идеальный предмет, достижение которого выступает смыслом деятельности; побуждение к деятельности, связанной с удовлетворением потребностей человека; совокупность внешних и внутренних условий, вызывающих активность субъекта и определяющих ее направленность. Мотивом могут быть потребности и интересы, влечения и эмоции, установки и идеалы. Первичным мотивом являются вещественные предметы, отвечающие элементарным потребностям человека. Впоследствии мотивом становятся и предметы идеальные, выступающие в форме тех или иных побудительных представлений или сознательных целей («мотивы-цели»). Мотив представлен субъекту в виде специфических переживаний, характеризующихся либо положительными эмоциями от ожидания достижения данного предмета, либо отрицательными, связанными с неполнотой настоящего положения. Основными признаками мотива являются: активизация деятельности (энергетический потенциал), направление активности на определенную цель, селективное внимание (на определенный вид раздражителей), подготовка к типичным образцам реагирования,

реализация деятельности до достижения цели или до смены более сильной мотивацией.

**Мотив трудовой деятельности** – сложное психологическое понятие, связанное как с личностно-психологическими особенностями субъекта, так и с внешними факторами, оказывающими влияние на желание (нежелание) участвовать в трудовом процессе.

**Мотивация** – желания и побуждения, вызывающие личностную активность и определяющие ее содержание. Термин мотивации используется во всех областях психологии при исследовании причин и механизмов целенаправленного поведения. По своим проявлениям и функциям в регуляции поведения мотивирующие факторы разделены на три относительно самостоятельных класса:

- при анализе вопроса о том, почему субъект вообще приходит в состояние активности, анализируются проявления потребностей и инстинктов как источников активности;
- если изучается вопрос, на что направлена активность субъекта, ради чего произведен выбор именно этих, а не других поведенческих актов, то исследуется прежде всего проявление мотивов как причин, определяющих выбор направленности поведения;
- при решении вопроса о том, каким образом производится регуляция динамики поведения, исследуются проявления эмоций, субъективных переживаний и установок в поведении субъекта.

**Мотивация в реабилитационном процессе** – эффективность реабилитации в большой мере определяется активным участием инвалида в реабилитационном процессе, что, в свою очередь, определяется его мотивацией; желание действовать и добиваться результата – важнейшая предпосылка для осуществления действия. Организация жизни, положительные привычки, позитивное отношение к самому себе, эффективный контакт с внешним миром формируют желание действовать. Поэтому немаловажным моментом в формировании мотивации в процессе реабилитации является создание позитивного образа себя, стремление к успеху и достижению прогнозируемого результата на основе приветствования и поощрения любого, даже незначительно, результата; предоставление возможности самореализации, создание ситуации успеха и др. При этом необходимо учитывать возможности инвалида и избегать ситуаций, когда он не в состоянии использовать предлагаемый

материал. Не следует забывать, что чрезмерная мотивация приводит к потере интереса.

**Мотивировка** – рациональное объяснение субъектом причин действия посредством указания на социально приемлемые для него и его микросоциального окружения обстоятельства, побудившие к выбору данного действия. Отличается от действительных мотивов поведения, которые иногда самим субъектом могут не осознаваться.

**Моторика** – двигательная активность.

**Моторика внутренняя** – понятие, обозначающее обретенные в прошлом опыте человека программы для выполнения двигательных действий.

**Музыкотерапия** – психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства, восходит к опыту древней медицины: Атарведама, Авиценны, Маймонида и др.

Эмпирический опыт и множество исследований влияния музыки на организм и психику обосновывают выделения седативной и тонизирующей музыки, разработки специальных музыкальных рецептов для различных заболеваний и эмоциональных состояний. Выделяют четыре основные направления лечебного действия музыкотерапии: эмоциональное активирование, развитие навыков межличностного общения, регулирующее влияние на психовегетативные процессы, повышение эстетических потребностей.

У детей чаще используется в сочетании с пластическими и ритмическими танцевальными занятиями, у подростков и взрослых может применяться как самостоятельный вид психотерапии. Вместе с тем многие исследователи замечают, что индивидуальность восприятия и переживания музыки, ее интеграция в психобиографию очень индивидуальны и диктуют индивидуальные вариации общих музыкальных рецептов.

Различают пассивную и активную формы музыкотерапии. При пассивной музыкотерапии пациентам предлагают прослушивать различные музыкальные произведения, соответствующие состоянию их психологического здоровья и ходу лечения. Целью в данном случае является определенное эмоциональное, в том числе эстетическое, переживание, которое должно способствовать отреагированию тех или иных проблем, осознанию собственных переживаний и достижению новых смыслов. В качестве средств, способствующих музыкотерапии, часто используют дополнительные приемы, такие как дыхательные упражнения, аутотренинг, гипноз, живопись или танец. Выбор тех или иных музыкальных произведений может осуществляться на основании разных критериев: в так называемой



американской школе музыкотерапии предлагаются такие музыкальные отрывки, которые вызывают очень широкий спектр эмоциональных состояний (радость, печаль, сочувствие и т. д.); в шведской школе, основанной на глубинном анализе, предъявление музыки индивидуализируется для отреагирования определенных скрытых комплексов.

При активной музыкотерапии пациенты сами участвуют в исполнении музыкальных произведений (в хоре или музыкальном оркестре), применяя при этом как обычные музыкальные инструменты, так и необычные, например, собственное тело (хлопки, постукивания и пр.). Основной целью в данном случае является интеграция индивида в социальные группы, т. к. в музыкальном сотворчестве хорошо отрабатываются различные коммуникативные навыки, устраняется застенчивость, кроме того, формируются выдержка и самоконтроль. В психиатрической практике музыкотерапия наиболее эффективна при работе со слабоумными пациентами; метод используют также при реабилитации больных с физическими нарушениями (слепота, глухота), в исправительных учреждениях. Многие элементы, выработанные в музыкотерапии, также используются в практике музыкального образования.

**Музыкотерапия в реабилитации** – технология социокультурной реабилитации, использующая разнообразные музыкальные средства для психолого-педагогической и лечебно-оздоровительной коррекции личности инвалида, развития его творческих способностей, расширения кругозора, активации социально-адаптивных способностей. Для реабилитационных целей используется разножанровая музыка, которая иногда выступает не только как самостоятельное средство, но и как дополняющий, интегративный элемент к основной деятельности (лепка, рисование, театр и т. д.). Специалист подбирает музыку, которая может соответствовать уже имеющемуся настроению или способна менять его в позитивную сторону. Уникальность реабилитационного воздействия музыки состоит в способности объединять людей в делах, мыслях, чувствах: на празднике, соревновании, в конкурсах, вечерах, семейных торжествах.

Основными задачами музыкотерапии являются стимуляция потенциальных возможностей, преодоление трудностей социальной адаптации в соответствии с возможностями инвалида. Ввиду того, что двигательная активность под музыку усиливает обмен веществ в организме, что, в свою очередь, повышает общий тонус, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы, регулирует нервную

деятельность, развивает физические способности, музыкальное воспитание с полной уверенностью можно рассматривать как один из важных факторов в процессе двигательной реабилитации. Широко применяются в реабилитации инвалидов следующие формы музыкотерапии:

- пение – корректирует активность психических процессов, развивает артикуляционный аппарат, речевые навыки, мимические группы мышц, побуждает исполнителей к слиянию с хором, обогащает новыми впечатлениями;
- ритмика – способствует восстановлению и развитию отдельных групп мышц, координации движений, совершенствованию ходьбы, развивает координацию слуха и голоса, голоса и движения, мимики и жестов, эмоциональную выразительность;
- музыкальные игры – способствуют снятию замкнутости, застенчивости, вызывают положительные эмоции, желание действовать самостоятельно или совместно с кем-либо, способствуют развитию эмоциональной выразительности, развивает мелкую моторику и координацию движений;
- слушание музыки – развивает устойчивый интерес к музыке, способствует снятию психологического напряжения или мотивирует на определенный вид деятельности, развивает художественно-эстетические чувства;
- музицирование – привлекает даже самых робких людей к активности в выражении своих чувств, развивает общую музыкальность, развивает координацию движений, дает возможность ощутить себя равноправным партнером, солистом или лидером в определенной сфере.

**Мутизм** (от лат. mutus – немой) – отказ от активной речи, отсутствие речевого контакта с окружающими при сохранности функций речевого аппарата. Это расстройство речи функционального происхождения: больной совершенно не говорит, но полностью понимает обращенную к нему речь, может объясняться жестами или письмом. Возникает преимущественно в школьном возрасте в результате психической травмы. Представляет собой невротическую реакцию на психотравмирующую ситуацию. В зависимости от

природы этой травмы мутизм может быть тотальным (полное и постоянное молчание) или, чаще, избирательным (элективным), проявляющимся лишь в определенных случаях, когда ребенок активно отказывается от речевого общения с лицами, вызвавшими психотравмирующую ситуацию или в психотравмирующей ситуации, но в другой обстановке или другом окружении ребенок сохраняет речевое общение; нередко возникает на фоне заикания. Если мутизм сохраняется длительное время, это может привести к задержке психического развития.

У взрослых мутизм чаще всего – один из симптомов истерии и развивается в тех случаях, если пациент видел больного моторной афазией, читал или слышал красочный рассказ об этом нарушении и т. п.

**Мышечная дистрофия** – наследственное заболевание нервно-мышечной системы, характеризующееся первичным поражением мышц и прогрессирующим течением. Наблюдаются мышечная слабость и атрофия мышц, а также снижение и затем исчезновение сухожильных рефлексов. Слабость наиболее часто выражена в мышцах тазового и плечевого пояса, что проявляется в виде характерной «утиной» походки больного, симптомом крыловидных лопаток. Различные формы мышечной дистрофии начинаются в разном возрасте и отличаются друг от друга быстротой нарастания симптомов, последовательностью поражения различных мышечных групп, наличием или отсутствием сухожильных реакций, псевдогипертрофией и т. д.

## Н

**Навыки** – действия, сформированные путем повторения, характеризующиеся высокой степенью освоения и отсутствием поэлементной сознательной регуляции и контроля. Различают навыки перцептивные, интеллектуальные и двигательные. Выделяют также исходно автоматизированные навыки, формирующиеся без осознания выполняемых элементов действия, и вторично автоматизированные навыки, которые формируются с предварительным осознанием составляющих двигательного акта, они легче становятся сознательно контролируемыми, быстрее совершенствуются и перестраиваются. На формирование навыков влияют:

- мотивация, обучаемость, динамика усвоения, многократное повторение, а также формирование навыка в целом или по составляющим;
- для уяснения содержания операции – уровень развития субъекта, методика подачи материала, обратная связь;
- для овладения операцией – полнота уяснения ее содержания, постепенность перехода от уровня к уровню.

См. также **Автоматизм**.

**Нагрузка физическая** – степень интенсивности и продолжительности мышечной работы. Ведущим ориентиром в выборе физических нагрузок и их дозировке являются максимально допустимые в ходе тестирования частота сердечных сокращений, величина артериального давления, параметры внешнего дыхания, газообмена и др.

**Надомный труд** осуществляется в рамках специализированного предприятия и допускается только для лиц, которые имеют необходимые жилищно-бытовые условия, а также практические навыки по определенному труду или профессии (либо могут быть обучены этим навыкам). Конкретный вид работы для надомников подбирается с учетом их профессиональных навыков и состояния здоровья. Предприятие предоставляет инвалиду в бесплатное пользование необходимое оборудование, инструменты, сырье и материалы и обеспечивает реализацию готовой продукции. Для инвалидов I и II групп, работающих на дому, норма выработки не устанавливается. Оплата труда надомников производится за фактически выполненные работы или произведенную продукцию.

**Намерение** – субъективная представленность элементов мотивационно-потребностной сферы, связанная с сознательным выбором определенной цели. Формирование намерения происходит на основе использования уже приобретенного опыта непосредственного удовлетворения потребностей и при наличии достаточного личностного контроля. Обычно структура деятельности, в которой реализуется намерение, характеризуется тем, что ее цель достаточно отдалена и непосредственное удовлетворение потребности невозможно, а требуется достижение каких-либо промежуточных целей, которые сами по себе не имеют побудительной силы. Показано, что побуждения, связанные со сформулированным намерением, имеют такие же динамические свойства, что и непосредственные потребности.

**Направленность коррекционная** характерна для всей реабилитационной работы с аномальными детьми, которая организуется с учетом нарушений и индивидуальных особенностей ребенка. Ряд задач имеет общий характер: это мероприятия по развитию движений, чувственного опыта и мышления; привлечение ребенка к посильным формам общественно полезного труда и др.

**Направленность профессиональная** проявляется в интересах, склонностях, убеждениях и идеалах. Профессию необходимо выбирать в соответствии с устойчивыми интересами и склонностями.

**Напряжение труда** – количественные и качественные характеристики структурных элементов деятельности и интенсивность физиологических процессов, обеспечивающих выполнение этой деятельности.

**Направления кондуктивной педагогики** – программы реабилитации детей с двигательными нарушениями, направленные помимо развития двигательной активности на комплексное реабилитационное воздействие (развитие интеллекта и эмоционально-волевой сферы, речи, гражданского самоопределения и пр.). К этим программам относятся:

- учебные программы массовых школ, адаптированные для применения в кондуктивной педагогике;
- программы знакомства с окружающим миром – экскурсии, посещения театров, участие в спортивных соревнованиях и т. д.;
- игровые программы на развитие памяти, внимания, времени реакции и т. д.;
- программы эстетотерапии (музыка, арттерапия, визажизм, косметология и пр.);
- программы профориентации;
- программы логопедической, дефектологической, психологической помощи аномальным детям.

**Наркоанализ** – диагностическая процедура, составление анамнеза или выявление эмоционального содержания определенных жизненных ситуаций пациента предваряются введением его в состояние полусна за счет приема снотворных или наркотизирующих средств. В таком состоянии достигается снятие страха, стыда пациента, увеличивается его коммуникативная доступность, а также происходит ослабление психотических проявлений. Выявленное в таком состоянии психологическое, в том числе и психотравмирующее, содержание в дальнейшем, уже при проведении психотерапевтических мероприятий, может быть переработано с терапевтом в состоянии

ясного сознания. Главной проблемой данной процедуры являются правдивость пациента и истинность сообщаемых им в полусознательном состоянии фактов, которые могут значительно искажаться и в силу психических нарушений пациента, и в силу воздействия фармакологии. Данная процедура детально разработана Дж. С. Хослеем и довольно широко обсуждалась в прессе, получив название «сыворотки правды», так как на нее возлагались большие надежды в судебной практике. За расширительное толкование подверглась резкой критике.

**Наркомания** – патологическое влечение к употреблению наркотических средств; возникает в результате употребления наркотиков, вызывающих в малых дозах эйфорию, а в больших – оглушение, наркотический сон. Характеризуется непреодолимым влечением к приему наркотиков, тенденцией к повышению употребляемых доз, формированием абстинентного синдрома – с плохим самочувствием при отсутствии наркотиков; с психической и физической зависимостью. Самый распространенный вид наркомании – хронический алкоголизм.

**Наркопсихотерапия** – течение и методический прием психотерапии, основанный на применении наркотических средств для преодоления пониженной внушаемости, плохой гипнабельности и сопротивления клиентов. Основывается большей частью на психоаналитически ориентированных идеях (наркоанализ), систематически применяется с 20-х гг. Самый распространенный курс – от пяти до двадцати сеансов через день. Передозировки наркотиков снимаются кофеином.

**Народная медицина** – совокупность передаваемых народом из поколения в поколение эмпирических знаний и практических методов, применяемых для распознавания, лечения и предотвращения нарушений физического и психического здоровья. Зарождение разумной медико-гигиенической деятельности, предполагающей превращение взаимопомощи при болезнях и травмах в средство сохранения жизни, здоровья и трудоспособности, произошло на относительно высокой ступени первобытного общества. Эмпирически найденные приемы лечения (устранение боли, остановка кровотечения, облегчение состояния путем вызывания рвоты и т. д.) и защиты от болезней закрепились в обычаях первобытного человека и постепенно составили народную медицину и гигиену. Для лечебных и предупредительных мер применяли лекарственные средства растительного, животного и минерального происхождения, природные факторы (воду, воздух, солнце, минеральные воды,

лечебные грязи), использовали некоторые хирургические приемы (извлечение инородных тел, кровопускание) и др. Научная медицина взяла на вооружение из арсенала народной медицины многие ценнейшие лечебные и профилактические средства. Большую практическую ценность представляют знания и навыки народа, касающиеся личной гигиены, питания, приемов обработки и хранения пищи, особенностей строения жилища, распорядка жизни, режима труда и отдыха, которые можно назвать народной гигиеной.

**Нарушение** (недостаток от Impairment) – это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции.

**Нарушение внимания** – болезненные расстройства, в разной мере наблюдаемые при утомлении и при органических поражениях головного мозга, прежде всего, лобных долей. Характерны неадекватные изменения направленности и избирательности деятельности, а также координации отдельных действий, возможно сужение объема внимания, его неустойчивость – отвлекаемость на побочные раздражители. При поражении лобных долей мозга и связанных с ними неспецифических структур нарушение внимания бывает модально-неспецифическим и проявляется во многих видах деятельности, при восприятиях любой модальности. При поражении определенной анализаторной системы нарушения внимания бывают модально-специфическими и проявляются в сфере лишь одной модальности. Так, при поражении затылочной области коры головного мозга возникают нарушения зрительного внимания, при поражении височной коры – слухового.

**Нарушение высших психических функций** – соответственно построению любой анализаторной системы (периферический отдел анализатора, первичные и вторичные корковые поля) выделяют два типа расстройств: сенсорные и гностические.

- **Сенсорные расстройства** – относительно элементарные, отражают нарушение различных видов ощущений (светоощущения, цветоощущения, ощущения высоты, громкости, длительности звука и т. д.).
- **Гностические расстройства** – более сложные, отражают нарушения различных видов восприятия (восприятие формы предмета, символов, пространственных отношений, звуков речи и т. д.). Гностические расстройства, возникающие при корковых очагах поражения, называют агнозиями (см. **Агнозия**). В зависимости от пораженного анализатора различают

слуховые, зрительные и сенсорные агнозии, каждая из которых включает в себя большое количество форм нарушений.

**Нарушение здоровья** – физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством анатомической, психологической, физиологической структуры и (или) функции организма человека. Нарушения здоровья разделены на следующие основные группы:

- нарушение психологических функций – восприятие, внимание, мышление, речь, эмоции, воля, сознание;
- нарушение сенсорных функций – зрение, слух, обоняние, осязание;
- нарушение статодинамических функций;
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

**Нарушение когнитивного развития** – см. **Поведенческие фенотипы**.

**Нарушение когнитивных процессов** – см. **Ассоциированные нарушения**.

**Нарушение личностное** – системные нарушения поведения, прежде всего социального, возникающие вследствие различных психических заболеваний и локальных поражений головного мозга, характеризуются снижением уровня активности, исчезновением критичности, изменением направленности и динамики мотивации, нарушением самооценки. Как правило, развиваются патологические потребности и мотивы, связанные с зависимостью от них; происходит перестройка системы мотивов; снижается уровень опосредованности мотивов, в норме обуславливающий отсроченное поведение; нарушается соотношение побудительной и смыслообразующей функций мотивов.

**Нарушение локальных процессов неспецифической активации** – болезненные расстройства процессов активации, связаны с поражениями корковых отделов неспецифических систем (медио-базальных отделов лобных и височных долей мозга) и ведут к расстройству селективности, избирательности протекания психических процессов, к нарушениям произвольной организации психической деятельности, ее речевой регуляции.

**Нарушение мозгового кровообращения (НМК)**. Выделяют следующие клинические формы нарушений мозгового кровообращения:



- **Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ)** – диагноз НПНКМ указывает лишь на начальные клинические проявления недостаточности кровоснабжения головного или спинного мозга, а не начало заболевания, которое иногда длительное время протекает латентно. Непременное условие для диагностики НПНКМ – выявление атеросклероза, артериальной гипертензии, вазомоторной дистонии.
- **Преходящие нарушения мозгового кровообращения** – наиболее частый вид острого мозгового кровообращения, это транзиторные ишемические атаки, гипертонические церебральные кризы, острые гипертонические энцефалопатии – общемозговые и с очаговыми нарушениями. Из общемозговых симптомов отмечается головная боль, боль в глазных яблоках, болезненность при их движении, ощущение дурноты, головокружения, тошнота, рвота, заложенность в ушах, шум в голове, возможны изменения сознания (оглушенность, психомоторное возбуждение, потеря сознания). Очаговые симптомы проявляются чаще нарушениями в чувствительной сфере в виде онемения, иногда с ощущением покалывания, обычно весьма ограниченного отдельного участка кожи. Могут возникать двигательные расстройства – параличи и парезы (кисти, пальцы, мимические мышцы, язык).
- **Инсульт** – субарахноидальные нетравматические кровоизлияния (экстрадуральные и острые субдуральные), геморрагический инсульт – нетравматическое кровоизлияние в головной или спинной мозг, ишемический инсульт (церебральный и спинальный), инсульт с восстановимым неврологическим дефицитом, малый инсульт, последствия ранее перенесенного инсульта.
- **Прогрессирующие нарушения мозгового кровообращения** – хроническая субдуральная гематома, дисциркуляторная миелопатия, дисциркуляторная энцефалопатия (атеросклеротическая, гипертоническая, венозная и др.).

Нарушения мозгового кровообращения, сопровождающиеся преходящей или стойкой неврологической симптоматикой,

объединяют в понятие острого нарушения мозгового кровообращения, для которого характерно проявление клинических симптомов со стороны нервной системы на фоне уже существующего сосудистого страдания (атеросклероза, гипертонической болезни, артериальной гипертензии иного происхождения) и некоторых других болезней (болезни крови, диабета, сифилиса, инфекционно-аллергических васкулитов и пр.). Заболевания характеризуются острым (обычно внезапным) началом и отличаются значительной динамикой общемозговых и локальных симптомов поражения мозга.

**Нарушение моторики в младенческом и раннем возрасте** включает в себя, прежде всего, нарушения созревания крупной и тонкой моторики, а также разнообразные стереотипии, тики, расстройства по типу кататонических. Задержка становления моторики отмечается еще с периода развития зрительно-моторной координации. При этом запаздывает формирование ручной умелости. Дети с запаздыванием начинают захват предмета двумя пальцами, начинают ходить позже обычных сроков. Иногда дети начинают ползать уже после овладения ходьбой, долго не могут освоить функции вставания. Таким образом, отмечается нарушение последовательности формирования функций моторики.

**Нарушение мышления** – нарушения в выполнении интеллектуальных операций, обусловленные различными психическими заболеваниями, локальными поражениями головного мозга и аномалиями психического развития. Могут локализоваться на различных уровнях: на уровне регуляции, к которому относятся процессы мотивации, проектирования и контроля; на уровне исполнительских операций; на уровне динамического обеспечения интеллектуальной деятельности.

В зависимости от набора исполнительских операций могут страдать вербально-логическое, наглядно-образное или наглядно-действенное мышление. В случае психических заболеваний характерно выпадение, прежде всего регуляторных механизмов мыслительной деятельности; более всего страдает при этом мотивационная составляющая.

При локальных поражениях головного мозга характер нарушений мышления определяется локализацией очага поражения. При поражении левой лобной доли мозга обычно происходит выпадение регуляторных компонент мышления при сохранности исполнительских интеллектуальных операций. При поражении третичных корковых полей задних отделов левого и правого полушарий происходят расстройства наглядно-образных и наглядно-

действенных форм мышления из-за трудностей анализа и синтеза информации, связанной с пространством. При поражении речевых зон левого полушария возникают затруднения в организации речевых высказываний. При поражении различных отделов неспецифической системы нижних отделов ствола или дизэнцефальных структур мозга обычно возникают динамические нарушения мышления.

**Нарушение обучаемости** – локальные отклонения в развитии тех или иных психических функций при сохранности основных интеллектуальных операций (см. **Задержка психического развития**).

**Нарушение походки** наблюдается при поражении многих уровней нервной системы (центрального и периферического двигательного нейронов, мозжечка, экстрапирамидной системы, задних канатиков), а также при нервно-мышечных и функциональных заболеваниях. Принято выделять следующие виды патологической походки:

- **спастическая** – встречается у больных со спастическим парезом нижних конечностей вследствие повышения мышечного тонуса в разгибателях голени и подошвенных сгибателей стоп, тугоподвижности в суставах ног;
- **параспастическая** – развивается у больных с нижним спастическим парапарезом;
- **гемиплегическая** – обусловлена спастическим гемипарезом; из-за повышения тонуса разгибателей голени и подошвенных сгибателей стопы нога «удлинена», и больной при ходьбе описывает ее полукруг;
- **паретическая** – возникает при периферических парезах ног;
- **петушиная** – синонимы: перонеальная, лошадиная, степпаж (от англ. *steppere* – трудовая лошадь); развивается при поражении малоберцового нерва; из-за пареза или паралича мышц, тыльно разгибающих стопу, больной вынужден высоко поднимать ногу, «роняя» вслед за этим стопу;
- **атактическая** – «пьяная» походка, когда происходят пошатывания в одну или несколько сторон, возникает при поражении мозжечка, «штампующая», когда нога поднимается высоко и с силой опускается на пол, возникает при поражении задних канатиков под постоянным контролем зрения; «лисыя», когда ступни

становятся на одной линии, возникает при поражении лобных долей мозга без повышения тонуса в приводящих мышцах бедер;

- **спастика-атактическая** – при наличии атаксических расстройств, сопровождающихся спастичностью мышц;
- **кукольная** – развивается при экстрапирамидных поражениях; больной движется мелкими шажками, с трудом начинает движение и с трудом останавливается и поворачивается; характерны также общая скованность и отсутствие содружественных движений рук при ходьбе;
- **танцующая** – характерна для хорей; больной при ходьбе делает много лишних несоординированных движений, неожиданно его бросает то в одну, то в другую сторону;
- **утиная** – наблюдается при миопатии; вследствие пареза мышц, так как затруднение в поднимании ног он компенсирует наклоном туловища в другую сторону;
- **верблюжья** – тяжелая, неуклюжая; встречается у больных торсионной дистонией;
- **пяточная** – встречается при вялом парезе подошвенных сгибателей стопы вследствие повреждения общего ствола большеберцового нерва;
- **вычурная** – подпрыгивания, приседания, отведение ноги в сторону, топтание на месте, внезапные отрывистые удары ноги о пол, поворот вокруг оси; встречается у больных с синдромом Де ля Туретта;
- **аиста** – встречается при умеренно выраженном вялом парезе разгибателей стопы и пальцев;
- **истерическая** – синонимы: метущая, походка Годда; больной «тащит» ногу за собой, нередко перемещая ее руками;
- **щадящая** – изменение походки при болевом синдроме, наблюдается не только при локализации боли в ногах, но и при головных болях вследствие гипертензионного синдрома.

**Нарушение речи у детей (расстройство речи, речевые нарушения, дефекты речи, недостатки речи, речевые отклонения, речевая патология, логопатия)** – отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, проявляющиеся в парциальных (частичных) нарушениях (звукопроизношения, голоса, темпа и ритма и т. д.) и обусловленные расстройствами нормального

функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности.

**Нарушения речи у детей** – резко выраженные отклонения в развитии речи у детей с сохранным слухом и интеллектом, вследствие чего возникает ограниченное в речевом общении. Нарушения речи весьма разнообразны. Наиболее часто встречаются алалия, афазия, ринолалия, дизартрия. К тяжелым нарушениям речи относят также выраженные формы заикания (в тех случаях, когда этот дефект значительно затрудняет общение и обучение детей в массовой школе).

**Нарушения сенсорные** – относятся экстрацептивные расстройства: глухота, тугоухость, слепота, слабовидение, а также различные формы нарушений ощущений, отражающих состояние внутренних органов и систем (интерорецептивные) и проприорецептивные, связанные с сигналами, поступающими от рецепторов, находящихся в мышцах, связках, суставах и обеспечивающие информацию о положении тела в пространстве, равновесии, движении.

**Нарушения сознания** – тяжелое расстройство функции нервной системы, которое проявляется преобладанием признаков торможения (кома, сопор, оглушение, сомноленция) – синдром выключения сознания или возбуждения (сумеречное состояние, делирий, аменция, онейроидный синдром). Встречается как при процессах, локализующихся в мозге (инсульт, опухоль, травмы, паразитарная киста, менингит, энцефалит), так и общих инфекциях, интоксикациях, эндокринопатологиях и т. п. Выделяют следующие формы нарушения сознания:

- **кома** – полное выключение сознания, при котором угасают как условные, так и безусловные рефлексы (см. **Кома**);
- **сопор** – частичное выключение сознания, безусловные рефлексы сохранены; реакции на сильные болевые, световые и звуковые раздражители сохранены, больные не реагируют на словесные обращения, неподвижны; иногда установить контакт с больным удается похлопыванием по щекам или повторными громкими обращениями – больной открывает глаза, пытается произнести слова, но через несколько секунд перестает реагировать;
- **оглушение** – более легкая степень расстройства сознания, характеризуется повышением порога восприятия; больной безучастен к окружающему, вял,

заторможен, дезадаптирован, аспонтанен, загружен, с трудом вступает в контакт, ответы либо односложные, либо сбивчиво-противоречивы, мимика бедна; обычно наблюдается при опухолях головного мозга и обозначается как «загруженность»;

- **сомноленция** – еще более легкая степень расстройства сознания; больной сонлив, но под влиянием раздражений приходит в себя, вступает в контакт; нарастающая сомноленция приводит к оглушению, сопору и коматозному состоянию;
- **сумеречное сознание** – больной дезориентирован в окружающем, не узнает врача, близких, иногда возбужден, при наличии угрожающих галлюцинаций способен на агрессивные действия; характерно для эпилепсии;
- **делирий** – дезориентировка в собственной личности, сочетающаяся с наплывом ярких зрительных и слуховых галлюцинаций, больной возбужден, много говорит, тревожен, спит плохо, часто пробуждается, иногда приходит в себя, но потом вновь впадает в это состояние; характерен для тяжелых инфекций и интоксикаций;
- **амения** – более тяжелое состояние помрачения сознания; особое состояние растерянности при неполной ориентировке как в окружающем, так и в собственной личности; больной возбужден, речь бессвязна, временами смех, улыбка, слезы и т. п.; способность устанавливать связи между окружающими явлениями утрачена; характерна для тяжелых инфекций и интоксикаций;
- **онейроидный синдром** – синдром помрачения сознания, характеризуется наличием фантастического бреда, больные обездвижены, изредка возникает психомоторное возбуждение; ориентировка в окружающем и в собственной личности нарушена; чаще наблюдается при энцефалитах, интоксикациях, шизофрении;
- **сомнамбулизм (лунализм)** – синдром помрачения сознания, относится к так называемым амбулаторным автоматизмам, возникает во время сна, когда больной совершает ряд иногда довольно сложных действий (одевается, ходит по комнате, выходит на улицу), после

чего возвращается в постель и продолжает спать, о своих поступках после пробуждения больные не помнят;

- **транссумеречное состояние (транс)** – кратковременное состояние амбулаторного автоматизма, при котором больные совершают импульсивные целенаправленные действия (уезжают в другой район города и др.), о которых потом не помнят;
- **синдром locked-in (синдром «замыкания в себе»)** – синдром помрачения сознания; выделяют относительно недавно; наблюдается при поражениях ствола мозга, полная обездвиженность больного за исключением моргания и движения глазных яблок по вертикальной плоскости; если удастся вступить в контакт с больным, то обнаруживается, что сложная психическая деятельность у него сохранена.

**Нарушение схемы тела** – расстройство ориентировки в собственном теле; агнозия частей тела. Больному кажется, что рука уменьшена или увеличена, что она лежит где-то рядом, отдельно от туловища, голова непомерно велика, губы раздуты, нос вытянут и т. п., он пугает левую и правую стороны, не может указать большой и указательный пальцы, ощущает наличие большего количества (3 – 4) рук или ног, не сознает наличие дефекта – паралича, пареза, нарушения чувствительности. Возникает при нарушении межтеменной борозды, чаще при локализации очага в правом полушарии. Чаще наблюдается у больных, перенесших мозговую инсульт, а также при опухолях, абсцессах, паразитах мозга.

**Нарушение фантомное** – ложные ощущения (боль, зуд, анемия, судороги и пр.) со стороны несуществующей части тела, например, после ампутации конечности. Могут принимать навязчивый, тягостный характер, отсутствующая конечность может восприниматься вполне реально. Бывают случаи воспроизведения характера боли, наблюдавшейся до ампутации.

**Наследственность** – одно из наиболее общих свойств органических форм, заключающееся в передаче от родителей потомкам признаков и особенностей развития; эволюционный опыт предыдущих поколений живых организмов, запечатленный в генетическом аппарате. Хранение, воспроизведение и передача наследственной информации происходит посредством дезоксирибонуклеиновой (ДНК) и рибонуклеиновой (РНК) кислот, индивидуальная совокупность которых образует генотип. Под его контролем находятся морфологические, биохимические,

физиологические признаки организма. Проявление этих признаков в индивиде зависит от конкретных условий индивидуального развития. Любые признаки организма или клетки зависят в конечном итоге от типа обмена веществ, поэтому нередко наследственность определяет как свойство живых организмов воспроизводить сходный тип обмена веществ в ряду поколений.

**Настроение** – сравнительно продолжительные, устойчивые психические состояния умеренной или слабой интенсивности, проявляемые как положительный или отрицательный эмоциональный фон психической жизни индивида, характеризующиеся диффузностью, отсутствием четкой осознанной привязки к определенным предметам или процессам, и достаточной устойчивостью, позволяющей считать настроение отдельным показателем темперамента. В отличие от ситуативных эмоций и аффектов является эмоциональной реакцией не на непосредственные последствия конкретных событий, а на их значение для субъекта в контексте общих жизненных планов, интересов и ожиданий. Сформированные настроения, в свою очередь, способны влиять на эмоциональные реакции в связи с происходящими событиями, соответственно меняя направление мыслей, восприятие (см. **Перцепция социальная**) и поведение.

**Настроение общественное (настроение массовое)** – преобладающее состояние чувств и умов тех или иных социальных групп в определенный период времени. Одна из самых значительных сил, побуждающих людей к деятельности, отпечатывающихся на поведении различных групп и слоев общества. Может носить локальный характер, проявляясь в социально-психологическом климате и в жизнедеятельности отдельной личности – в той мере, в какой настроение личности отражает социальные обстоятельства этой жизнедеятельности и выражает отношение личности к явлениям и процессам, происходящим в обществе (упадочнические настроения в период социальной реакции и пр.).

**Настройка оперативная** – подготовка к выполнению действия при заданных условиях, в соответствии с которыми устанавливаются точность, темп, напряженность, стабильность, продолжительность, способ и стиль предстоящей деятельности. В ходе оперативной настройки происходит подготовка нейродинамических систем организма. При относительно изменчивых условиях выполнения деятельности она становится неэффективной.

**Научение** – процесс и результат приобретения индивидуального опыта, отличается от учения как приобретения



опыта в деятельности, направляемой познавательными мотивами. Путем научения может приобретаться любой опыт: знания, умения, навыки (у человека), новые формы поведения (у животных). Включает в себя протекаемое неосознаваемое уяснение содержания материала и его произвольное запоминание.

- **Вербальное научение** – научение через словесные воздействия: инструкции, разъяснения, описания и прочее – без обращения к конкретным предметным действиям, к оперантному или условно-рефлекторному обусловливанию.
- **Викарное научение** – научение через прямое наблюдение за чувственно представленными образами и через подражание им.
- **Оперантное научение** – вид научения, происходящего за счет спонтанного порождения субъектом множества разнообразных реакций на одну и ту же ситуацию, или стимул с последующим закреплением лишь тех, которые оказываются самыми удачными с позиции получаемого эффекта.
- **Социальное научение** – термин введен бихевиористами; означает обретение организмом новых форм реакций путем наблюдения за поведением других живых существ и подражания ему; объясняется исходя из основных понятий бихевиоризма (стимул, реакция, подкрепление). Первоначально изучалось на животных, позднее этот подход был дополнен введением познавательных факторов. Даже в случаях, когда индивид не проявляет открытых реакций и не получает подкрепления, он, следя за подкрепляемыми действиями других, научается им подражать. В таких условиях приобретение новых реакций – не столь длительный процесс как при выработке обычных навыков.
- **Условно-рефлекторное научение** – вид научения, происходящего за счет выработки реакций на новые раздражители по механизму условного рефлекса.

**Неврастения** – одна из форм невроза, характеризующаяся стойким и мучительным чувством снижения умственной продуктивности или физической активности с нарушениями мотивационно-волевой сферы: робостью, пассивностью, неуверенностью в себе. Основные симптомы:

- ухудшение психической деятельности, состояние слабости, повышенная истошаемость и утомляемость, ухудшение концентрации внимания, пониженная работоспособность;
- лабильность эмоция, неустойчивое настроение, часто пониженное, подавленное;
- изменения чувствительности в виде гиперакузии, гипералгии, парестезий и пр.;
- повышенная раздражительность, слезливость;
- тревожность, нетерпеливость, сексуальные расстройства, головные боли, различные нарушения со стороны вегетативной нервной системы.

Возникает преимущественно при длительно действующих психотравмирующих факторах, сопровождается физическим истощением. Лечение, направленное на купирование соматических симптомов, как правило, малоэффективно; действенный эффект достигается снятием внутреннего конфликта психогенного характера.

**Неврит слухового нерва** – заболевание ствола слухового нерва и его рецепторного аппарата. Чаще всего возникает как осложнение после различных инфекционных заболеваний (тиф, грипп, корь, скарлатина, цереброспинальный менингит, свинка, малярия и др.).

**Неврозы** – психогенные (вызванные внешним психотравмирующим воздействием) заболевания личности, в основе которых лежит нерационально и непродуктивно разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее явлениями действительности, приводящее к болезненным переживаниям, неудовлетворенности. На первый план выступают расстройства эмоциональной сферы, психологическая и физиологическая дезорганизация личности. Относятся к обратимым расстройствам, особое значение в их лечении, наряду с медикаментозным воздействием, принадлежит психотерапии и психологической коррекции.

**Невротизм (нейротизм)** – состояние, характерное эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, вегетативными расстройствами. Невротизм не следует отождествлять с неврозом, так как невротические симптомы может обнаруживать и здоровый человек. Невротизм обычно измеряется с помощью специальных шкал или личностных опросников.

**Невротик** – человек, находящийся под воздействием невроза, личность, плохо приспособляемая к внешней среде, реальности; доминирующее поведения – эмоционально-инстинктивные реакции.

Согласно З. Фрейду, это объясняется преобладанием принципа удовольствия над принципом реальности. Образно, невротик — это человек, который стоит у себя на пути.

**Невротический синдром** — в практике врача-невролога и реабилитолога приходится постоянно выявлять и дифференцировать признаки органического поражения мозга и функциональные нарушения нервной системы. Пациентов именно с функциональными расстройствами нервной системы, по мнению А. А. Скоромца (1989), оказывается намного больше. Среди основных невротических синдромов можно выделить астенический, истерический и обсессивный.

- **Астенический синдром** характеризуется повышенной утомляемостью и истощаемостью. Больные жалуются на общую слабость, раздражительность, снижение аппетита, нарушение сна (диссомнию). Снижается работоспособность, настроение неустойчивое, наблюдается слезливость, неуверенность в своих силах. Частые головные боли, головокружения ортостатического характера (при резком вставании с постели, выпрямлении из положения наклона и пр.). Астенический синдром характерен для неврастении и многих соматических и инфекционных заболеваний. См. **Невротический синдром.**
- **Истерический синдром** — характеризуется эмоциональной неустойчивостью; поведение больных определяется скорее чувствами, настроением, чем рассудком, и носит черты демонстративности. Требуя к себе особого внимания, больные постоянно стремятся находиться в центре внимания. Наблюдается склонность к позерству, эксцентричности, театральности, фантазированию. Нередки неврологические расстройства в виде паралича (с сохранением глубокой чувствительности, отсутствием патологических кистевых и стопных знаков), гемианестезии (с границей строго по средней линии) и др. Истерический синдром составляет основу невроза.
- **Обсессивный синдром (синдром навязчивых состояний)** проявляется различными болезненными сомнениями, страхами, влечениями, действиями и т. д., возникающими у человека помимо его воли. При навязчивости у больного почти всегда имеется

критическое отношение к этому состоянию; при всем понимании нелепости своих опасений и действий избавиться от них больные не могут. Наибольшее практическое значение имеют навязчивые страхи – фобии (см. **Фобия**). Больной понимает, что он совершенно здоров, но навязчивые опасения не дают ему покоя. Навязчивые влечения выражаются в появлении необычных неприятных желаний – выскочить на ходу из трамвая, схватить прохожего за нос и пр. Подобные навязчивости обычно в действия не переходят, однако борьба с ними для больного тягостна и мучительна. Навязчивые действия крайне разнообразны: зажмуривание глаз, шмыганье носом, обкусывание ногтей, покашливание и пр.

- **Ипохондрический синдром** наблюдается в отдаленном периоде экзогенно-органических повреждений головного мозга, при хронических инфекционных и соматических заболеваниях, при различных психических расстройствах. Ипохондрический синдром нередко формируется на фоне астении и пониженного настроения. Определяется гипертрофированным вниманием больных к своему физическому состоянию, с переоценкой тяжести имеющихся расстройств и болезненных проявлений (в том числе соматовегетативных) в виде идей доминирующего, навязчивого или сверхценного характера ипохондрического содержания. Сопровождается тревогой и беспокойством за соматическое благополучие, представлениями о возможности какого-либо тяжелого заболевания, стремлением к постоянным дополнительным обследованиям и лечению различными методами. Больные охотно рассказывают о своих ощущениях и сомнениях, считают себя тяжелыми больными, ищут помощи и сочувствия.

**Негативизм** – немотивированное поведение, проявляющееся в действиях, намеренно противоположных требованиям и ожиданиям других индивидов или социальных групп, нежелание подвергаться воздействию других людей, вызванное не логикой выполнения собственных задач, а отрицательным к ним отношением. Обусловлен действием психологической защиты в ответ на воздействия, противоречащие внутренним смыслам субъекта. Исключая

клинические случаи бессмысленного сопротивления, негативизм как ситуативная реакция или личностная черта обусловлен потребностью субъекта в самоутверждении, в защите своего Я, а также является следствием сформированного эгоизма субъекта и его отчуждения от нужд и интересов других людей.

**Негативизм детский** – форма общения ребенка, в которой он пытается отстоять права своей личности путем противодействия требованиям окружающих. Чаще всего проявляется у детей относительно требований взрослых, которые не учитывают их внутренние потребности, прежде всего связанные с формированием самосознания. Может выражаться и в отказе выполнять предъявляемые требования, и в выполнении действий, противоположных требуемым, а также в упрямстве, грубости, замкнутости. Ярче всего реакции негативизма выражены у детей в периоды возрастных кризисов.

**Негативное самоопределение** – привлечение к себе внимания посредством нарушения норм и требований.

**Негосударственные учреждения социального обслуживания** – см. **Учреждение социального обслуживания**.

**Негосударственный сектор социального обслуживания** – негосударственный сектор социального обслуживания пожилых и инвалидов объединяет учреждения социального обслуживания, деятельность которых основана на формах собственности, не относящихся к государственной и муниципальной, а также лиц, осуществляющих частную деятельность в сфере социального обслуживания. К негосударственному сектору социального обслуживания относятся общественные объединения, в том числе профессиональные ассоциации, благотворительные и религиозные организации, деятельность которых связана с социальным обслуживанием граждан пожилого возраста и инвалидов (см. **Государственный сектор социального обслуживания**).

**Недоношенные дети** – дети, родившиеся в срок менее 37 недель внутриутробного развития и имеющие массу тела ниже 2 500 г. В зависимости от массы тела при рождении различают 4 степени недоношенности: 1-я степень – недоношенные, родившиеся с массой тела 2 001 – 2 500 г, 2-я степень – с массой 1 501 – 2000 г, 3-я степень – с массой 1 001 – 1 500 г, 4-я степень – 1 000 и менее граммов. Жизнеспособными считаются дети с массой тела при рождении более 500 г и сделавшие хотя бы один вдох. Частота рождения недоношенных детей в России в зависимости от региона составляет от 6 до 14%.

**Независимость** – альтернатива конформности и негативизму – самостоятельная выработка и отстаивание собственной позиции. Не исключает солидарности личности с группой, но не в силу давления, а на основе сознательного согласия с ней (самоопределение коллективное).

**Независимая жизнь** подразумевает два взаимосвязанных аспекта. В социально-политическом плане это право человека быть неотъемлемой частью общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах; это свобода выбора и доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации; это возможность самому определять и выбирать, принимать решения и управлять жизненными ситуациями. В философском плане это способ мышления, психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношения с другими людьми, от физических возможностей, от окружающей среды и степени развития служб поддержки (см. **Декларация независимости инвалида, Философия независимой жизни инвалида, Центр независимой жизни**).

**Нейролингвистика** – отрасль науки, пограничная для психологии, неврологии и лингвистики, изучающая мозговые механизмы речевой деятельности и изменения в речевых процессах, возникающие при локальных поражениях головного мозга.

Становление нейролингвистики как научной дисциплины связано с развитием нейропсихологии, а также лингвистики и психолингвистики. Согласно представлениям современной нейропсихологии, нейролингвистика рассматривает речь как системную функцию, а афазия – как системное нарушение.

**Нейролептические средства (нейролептики)** – лекарственные вещества, оказывающие угнетающее влияние на функции центральной нервной системы и способные устранять или ослаблять некоторые симптомы психозов (бред, галлюцинации).

**Нейрон** – нервная клетка с отростками, основная структурная единица нервной системы. Состоит из тела, ветвящихся отростков (дендритов), длинного отростка (аксона) и концевых аппаратов (синапсов). Основная функция нейрона – возбуждение, распространяемое по аксону в виде кратковременных электрических сигналов (нервных импульсов). Нейроны подразделяются на афферентные, несущие импульсы к центру, эфферентные, несущие информацию от центра к периферии, и вставочные, в которых происходит предварительная переработка импульсов.

**Нейропсихологическая реабилитация** – ряд мероприятий, направленных на реабилитацию больных и инвалидов с локальными поражениями мозга различной этиологии: нарушения мозгового кровообращения, инсульты, черепно-мозговые травмы, опухоли головного мозга. Имеет своей целью не приспособление к имеющемуся дефекту, а максимально полное восстановление нарушенных психических функций, а также преодоление изменений личности, наступивших в результате длительной дезадаптации, негативных реакций, восстановление активных форм вербального и невербального поведения и пр. Конечной целью реабилитации данной категории лиц является возвращение их в нормальную, а не в упрощенную социальную среду.

**Нейропсихологический симптом** – нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга (или вследствие иных патологических причин, приводящих к локальным изменениям в работе мозга). Различают первичные и вторичные нейропсихологические симптомы. Нарушение психических функций, непосредственно связанных с поражением (выпадением) определенного нейропсихологического фактора, является первичным нейропсихологическим симптомом, при вторичных – происходят нарушения психических функций, которые являются следствием первичных по законам их системных взаимосвязей.

**Нейропсихология** – отрасль науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии, изучает мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга (см. **Компенсация психических функций**). Рассматривает соотношение мозга и психики. Основоположник отечественной нейропсихологии А. Р. Лурия, развивая идеи Л.С. Выгодского о социальной детерминации и системном строении высших психических функций, разработал теорию системной динамической локализации психических процессов – теоретическую основу нейропсихологии. Подразделяется на ряд направлений: клиническое, реабилитационное, экспериментальное, психофизиологическое, нейропсихология детского возраста; использует синдромный анализ (синдром) для квалификации нарушений и диагноза поражений мозга. Методы анализа являют собой набор специальных проб, адресуемых к различным познавательным процессам, произвольным движениям и действиям. С помощью этих методов изучены различные нейропсихологические синдромы – закономерные сочетания нарушений высших психических функций при поражении различных мозговых структур.

**Нейрофизиология** – раздел физиологии, посвященный изучению нервной системы посредством электрофизиологических методик.

**Немота** – собирательный термин, используемый для обозначения вызванного различными причинами отсутствия устной речи. В некоторых случаях немота бывает вызвана нарушениями речевого аппарата (в частности, параличом речедвигательных мышц). При нарушениях слуха немота возникает вследствие неспособности ребенка овладеть устной речью (см. **Глухонемота**). При нормальном слухе к немоте могут быть отнесены расстройства, определяемые как мутизм (см. **Мутизм**). В случаях глубокой интеллектуальной недостаточности неспособность к овладению речью также приводит к немоте.

**Неработающий** – гражданин, не работающий по какой-либо причине и не имеющий статуса безработного.

**Нервная система** – подразделяется на центральную нервную систему, включающую головной и спинной мозг, и периферическую, в которую входят нервные волокна и узлы (см. **Нервы**), лежащие вне центральной нервной системы. По некоторым особенностям строения и функции нервную систему разделяют также на соматическую и вегетативную. Последнюю, в свою очередь, делят на симпатическую и парасимпатическую. Структурным и функциональным элементом нервной системы является нейрон, имеющий тело и отростки (дендриты и аксон). Совокупность нервных клеток, окруженных клетками нейроглии, образует нервную ткань. Одним из основных физиологических процессов нервной системы является возбуждение. Возникая в теле нейрона, оно распространяется по аксону до следующего нейрона или эффекторной клетки. Переход возбуждения с аксона одного нейрона на другой или на эффектор осуществляется с помощью синапсов. При осуществлении функции регулирования деятельности нейронов большую роль играют физиологические процессы торможения.

**Нервы** – тяжи нервных волокон, связывающие центральную нервную систему с различными органами и тканями. Крупные нервы называют нервными стволами. По расположению выделяют поверхностные, или кожные, и глубокие (мышечные, висцеральные) нервы. По функции различают преимущественно двигательные нервы, в состав которых входят в основном двигательные волокна, идущие к скелетным мышцам; преимущественно чувствительные, состоящие главным образом из чувствительных нервных волокон, идущих во все ткани; смешанные, содержащие оба вида нервных волокон; а также



вегетативные нервные волокна. Кроме того, выделяют сосудодвигательные нервы, которые обуславливают сокращение мышц стенки сосудов, и секреторные, регулирующие секрецию желез. Названия многих нервов обусловлены их принадлежностью к органу (глазной нерв), топографо-анатомической областью (лицевой нерв), функции (зрительный нерв).

Нервы состоят из отдельных нервных волокон, каждое из которых является отростком нервной клетки и обеспечивает проведение возбуждения между нервными клетками и структурными компонентами других тканей и органов. В зависимости от направления проведения нервного импульса различают центростремительные нервные волокна (афферентные, или чувствительные), проводящие импульсы от рецепторов в центральную нервную систему, и центробежные нервные волокна (эфферентные, или двигательные), проводящие импульсы из центральной нервной системы и от вегетативных узлов к исполнительным органам. Особенностью нервов является непостоянство территорий иннервации тех или иных нервных стволов. Один и тот же нерв у разных людей иннервирует соответствующую область различной площади или протяженности. То же самое относится и к областям перекрытия зон иннервации. Таким образом, можно говорить о морфологической индивидуальности зон иннервации (так называемая клиническая индивидуальность), что объясняет непостоянство клинической картины при повреждении нервов на одних уровнях.

**Нестационарное учреждение социального обслуживания** – см. **Типы учреждений социального обслуживания.**

**Нетрадиционные методы лечения** – см. **Комплементарная медицина.**

**Нетрудоспособность** – потеря трудоспособности в связи с заболеванием, несчастным случаем в быту или на производстве, в результате стихийного бедствия может быть обусловлена карантином или необходимостью ухода за заболевшим членом семьи. Различают постоянную (см. **Инвалидность**) и временную нетрудоспособность. Нетрудоспособность вследствие заболевания – самый частый вид нетрудоспособности. Временная нетрудоспособность может быть частичной или полной. При полной временной нетрудоспособности утрачена способность к какому-либо труду, и заболевший человек нуждается в особом режиме (постельном, домашнем). При частичной временной нетрудоспособности заболевший не в состоянии выполнять свою обычную профессиональную работу, но без ущерба для здоровья может заниматься другой работой.

**Нетрудоспособный** – гражданин, не способный выполнять общественно-полезный труд вследствие нарушения здоровья. Нетрудоспособность гражданина устанавливается путем проведения медико-социальной экспертизы и ему выдается соответствующий документ (справка МСЭ).

**Нистагм** – своеобразная форма судорог глазных мышц, проявляющаяся в произвольных, быстро следующих друг за другом небольших движениях глаз. Эти движения могут совершаться в горизонтальном, вертикальном или вращательном направлениях.

**Нозогении** – психогенные расстройства, обусловленные влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. Нозогении могут проявляться невротическими (тревожно-фобическими, свехрценными, ипохондрическими, истерическими), аффективными (депрессией, гипоманией, эйфорией) и патохарактерологическими синдромами. Тип реагирования на болезнь будет определять поведение больного и, соответственно, психотерапевтическую тактику врача или социального работника, участвующего в реабилитационном процессе (см. **Реакция личности на болезнь**).

**Нондискриминационный язык общения** – язык общения с инвалидами, отражающий основные принципы работы с ними, лишенный стереотипов и обобщений, вызывающих жалость и усиливающих впечатление от болезни, фокусируется не на проблеме, а на человеке, с его возможностями и условиями социального окружения. Существуют особенности коммуникации с людьми, передвигающимися с помощью кресла-коляски, имеющими ослабленный слух или зрение, отклонения в интеллектуальном развитии.

**Нонконформизм** – стремление во что бы то ни стало перечить мнению большинства и поступать противоположным образом, не считаясь ни с чем. Синоним понятия негативизма, антоним конформности.

**Норма** – установленная мера, средняя величина чего-либо.

**Норма групповая** – совокупность правил и требований, вырабатываемых каждой реально действующей общностью; важнейшее средство регуляции поведения членов данной группы, характера их взаимоотношений, взаимодействия и общения. Позволяет группе или сообществу соотнести поведение каждого своего члена с эталоном и на этом основании выбрать эффективное средство воздействия на конкретную личность. Облегчает осуществление социального контроля за активностью этой общности

со стороны социального окружения, способствует повышению устойчивости и стабильности группы, играя в определенном смысле консервативную роль и нередко порождая ригидность и неспособность группы к перестройке жизнедеятельности в необычных условиях, особенно в экстремальных.

**Норма социальная** – принятые в конкретном обществе или группе правила поведения, регулирующие взаимоотношения людей.

**Нормальная жизнедеятельность** – деятельность гражданина по самостоятельному осуществлению функций передвижения, самообслуживания и социальных контактов с семьей, обществом и государством.



**Обеды на колесах** – доставка готовой пищи на дом. Эта работа проводится центрами социального обслуживания, а также общественными и религиозными организациями.

**Обеспечение доступа к услугам** – действия или мероприятия в рамках социальной программы или предлагающие свои услуги организации, обеспечивающие доступность услуг для клиентов. Различают три вида мероприятий в этой области:

- оповещение населения о существовании службы, о ее функциях и требованиях;
- установление ясной и доступной процедуры получения данных;
- получение юридических консультаций по вопросу о преодолении препятствий на пути к получению услуг.

**Обмен веществ (метаболизм)** – совокупность всех видов превращений веществ и энергии в организме, обеспечивающих его развитие, жизнедеятельность и самовоспроизведение, а также его связи с окружающей средой и адаптацию к изменениям внешних условий. Основу обмена веществ составляют взаимосвязанные процессы: анаболизм и катаболизм (синтез и разрушение веществ), направленные на непрерывное обновление живого материала и обеспечение его необходимой для жизнедеятельности энергией. Осуществляются они путем последовательных химических реакций с участием веществ, ускоряющих эти процессы, – ферментов. В организме человека происходит гормональная регуляция обмена веществ, координируемая центральной нервной системой. Любое

заболевание сопровождается в той или иной мере нарушением обмена веществ.

**Обособление** – процесс и результат становления человеческой индивидуальности.

**Образ жизни** – способ совместной жизнедеятельности людей, характер их социальных связей, типические черты и структурные элементы их жизненного уклада. Образ жизни обозначает всю совокупность видов деятельности индивида или группы людей; способов, какими они осуществляются; установок и социальных норм, присущих той или иной социальной общности. Включает 4 категории:

- экономическую (уровень жизни),
- социологическую (качество жизни),
- социально-психологическую (стиль жизни),
- социально-экономическую (уклад жизни).

**Образ жизни личности** – система стихийно или целенаправленно сложившихся интересов, видов деятельности и линии жизни.

**Образ тела** – внутренняя картина собственного тела, особенность индивидуального самовосприятия физического тела; может отличаться от реального состояния.

**Образование** 1. Нечто, образованное из чего-либо.

2. Обучение, просвещение; совокупность знаний, полученных в результате специально организованного обучения. Различают общее образование без профессиональной специализации; профессиональное образование, связанное с приобретением профессии.

**Образовательный потенциал** отражает возможности человека при определенных условиях и при содействии реабилитационных служб, семьи и общества в целом получить образование, в максимальной степени соответствующее его способностям, возможностям, интересам и потребностям, позволяющее инвалиду самореализоваться в жизни, использовать свой творческий потенциал в социально-трудовой и социокультурной сферах, продолжать самообразование, духовно и творчески развиваться в течение всей жизни, быть конкурентноспособным на рынке труда, наиболее полно интегрироваться в общество.

Для определения способности инвалида получать образование и обучаться используют три степени:

- 1-я степень – способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении

- специального режима учебного процесса или с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц;
- 2-я степень – способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;
  - 3-я степень – неспособность к обучению.

**Обсессивно-компульсивное расстройство** – это возвратные обсессии (персистенция идей, мыслей, порывов или образов, вызванная волнением или стрессом) и компульсии (повторные поведенческие акты типа мытья рук, уборки, мыслительные акты, такие как молитва или счет, приводящие к уменьшению внутреннего беспокойства).

**Обсессивный синдром** – см. **Невротический синдром**.

**Обстоятельность** – неспособность отделять главное от второстепенного.

**Обтуратор** – протезы, предназначенные для закрытия полостей, отверстий, например, дефектов твердого или мягкого неба.

**Обувь ортопедическая** – изготавливается для лиц с анатомическими или функционально неполноценными нижними конечностями по индивидуальным заказам на протезно-ортопедических предприятиях. Такая обувь назначается врачом-ортопедом. Различают фиксированные и нефиксированные деформации нижних конечностей, поэтому ортопедическая обувь выполняет соответственно компенсаторную и корригирующую функции. Она служит также для исправления нестойких деформаций стоп и предупреждает их прогрессирование, что особенно важно для детей.

Малосложная ортопедическая обувь назначается при плоскостопии, распластанности переднего отдела стоп, пяточных шпорах, молотообразных пальцах, небольшом укорочении нижних конечностей и некоторых других дефектах. Как правило, она имеет только супинаторные стельки с выкладкой продольного и поперечного сводов, углублениями в стельке для разгрузки болезненных мест на подошве, в некоторых случаях с пронаторами – утолщениями межстелечного слоя под наружным краем стопы. При деформациях стоп иногда достаточно изготовления по индивидуальному заказу супинаторных стелек, которые большей может использовать в обычной обуви.

Сложную ортопедическую обувь применяют при укорочении нижних конечностей свыше 3 см, отвисании стоп, эквиноварусной

деформации, пяточных стопах, травматических деформациях, ампутации стоп на различных уровнях и пр.

**Обучаемость** – способность к овладению нового, в том числе учебного, материала (новых знаний, действий, новых форм деятельности); характеристика интеллектуальных свойств человека по критерию его способности к усвоению новых знаний и умений, индивидуальные показатели скорости и качества усвоения знаний, а также способов и приемов продуктивной учебной деятельности. Различают общую (способность усвоения любого материала) и специальную обучаемость (способность усвоения отдельных видов материала). Зависит от уровня развития познавательных процессов индивида, его мотивационно-волевой и эмоциональной сферы. Обучаемость определяется не только уровнем развития активного познания (тем, что субъект может познать и усвоить самостоятельно), но и уровнем познания «рецептивного» (тем, что субъект может познать и усвоить с помощью другого человека, владеющего знаниями и умениями). Поэтому обучаемость как способность к учению и усвоению отличается от способности к самостоятельному познанию и не может полностью оцениваться лишь показателями его развития. Максимальный уровень развития обучаемости определяется возможностями самостоятельного познания.

**Обучение** – широкое взаимодействие между обучающими и обучающимися, способ осуществления педагогического процесса с целью развития личности посредством организации усвоения обучающимися научных знаний и способов деятельности.

- **Обучение латентное** – формирование определенных навыков в ситуациях, когда их непосредственное применение не нужно и они оказываются невостребованными; особенно ярко проявляется в развитии речи как следствии прослушивания ребенком речи взрослого.
- **Обучение облигатное** – многократное повторение инстинктивных действий в период становления (полеты птиц, навык ходьбы).
- **Обучение проблемное** – моделирование реального творческого процесса за счет создания проблемной ситуации и управления поиском решения проблемы; происходит не только перерабатывание информации, но и процесс субъективного открытия.
- **Обучение программированное** – система методов и средств обучения, основой которого выступает

самостоятельное приобретение учащимся знаний и умений за счет пошагового усвоения материала.

- **Обучение тренажерное** – обучение, построенное по принципу моделирования (имитирования) реального технологического процесса или действия технического устройства.
- **Обучение факультативное** – процесс освоения новых, сугубо индивидуальных форм поведения; обеспечивает гораздо большую пластичность по сравнению с обязательным обучением.

**Обучение интегративное (интегрированное обучение аномальных детей)** – обучение и воспитание детей с различными дефектами психофизического развития в учреждениях общей системы образования вместе с нормально развивающимися детьми, где проводится определенная адаптация и имеются соответствующие ресурсы, но при условии, что ребенок может вписаться в существующие структуры, установки и неизменяемое окружение.

**Общение** – взаимодействие субъектов, в ходе которого происходит обмен рациональной и эмоциональной информацией, опытом, знаниями, умениями и навыками, результатами деятельности.

**Общественное движение** – ряд повторяющихся коллективных действий, направленных на достижение заранее сформированной цели.

**Общественное психическое здоровье** характеризуется уровнем психического здоровья популяции, распространенностью в ней психических заболеваний, алкоголизма и наркомании, умственной неполноценности, суцидов; является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала.

**Общественные организации инвалидов** – общественные организации, в число конкретных социальных функций которых входят:

- непосредственная защита прав и интересов инвалида;
- осуществление постоянной обратной связи между инвалидами и государственными органами;
- производство и поставка информационного продукта о потребностях и приоритетах инвалидов в различных сферах жизнедеятельности;
- участие в информационном обеспечении нормативно-правовых проектов и государственных программ поддержания инвалидов;

- оперативная адресная помощь инвалидам (членам организации) с использованием таких социальных ресурсов, как труд добровольцев, частные и корпоративные пожертвования, доходы от собственной предпринимательской деятельности;
- консультирование органов государственной власти на стадии выработки ими нормативно-правовых решений по проблемам инвалидности;
- потребительская экспертиза, оценка уже действующих нормативно-правовых документов и государственных программ, затрагивающих права и интересы инвалидов;
- выполнение роли субъекта инициативы законопроекта, который в максимально возможной степени заинтересован внедрить системно-правовую базу в области социальной защиты инвалидов;
- осуществление общественного контроля над соблюдением принятых правовых актов по проблемам инвалидов;
- развитие сети социального партнерства и тиражирование инновационной модели оказания качественных комплексных социальных услуг незащищенным слоям населения и др.

**Общественные работы** – малоквалифицированный труд по благоустройству города. Управление службы занятости населения (УСЗН) направляет на общественные работы безработных граждан за счет УСЗН на срок не более 6 мес. Направление граждан осуществляется при наличии договоров с муниципальными предприятиями, организациями и учреждениями. Период этих работ входит в трудовой стаж.

**Общество** – совокупность сложившихся в стране социальных отношений между людьми, структуру которых составляют семья, социальные, возрастные, профессиональные и иные номинальные и реальные группы, а также государство.

**Объект** – фрагмент реальности, на которую направлена активность взаимодействующего с ним субъекта.

**Объект медико-социальной работы** – это люди, нуждающиеся в медико-социальной помощи; имеющие право на льготы в области охраны здоровья; тяжелобольные; нетрудоспособные; инвалиды, в том числе дети-инвалиды и инвалиды с детства; граждане, пострадавшие от чрезвычайных ситуаций и находящиеся в



экологически неблагополучных районах; граждане пожилого возраста (достигшего возраста, установленного законодательством), включая одиноких граждан пожилого возраста и членов семей, состоящих из одних пенсионеров; граждане, страдающие социально-значимыми заболеваниями; страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; нуждающиеся в обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами. Объектом медико-социальной работы являются также семьи, имеющие детей, в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей.

**Объективные потребности** – см. **Потребности**.

**Объем внимания** – см. **Внимание**.

**Объем социальных услуг** – перечень, предоставляемых населению социальных услуг с указанием их видов.

**Обязательное медицинское страхование** – составная часть государственного социального страхования, которая обеспечивает всем гражданам равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, представляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. В основу обязательного медицинского страхования заложены следующие принципы:

- всеобщий и обязательный характер – все граждане независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня дохода имеют право на получение бесплатной медицинской помощи;
- государственные гарантии – все средства системы обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности.

**Оглухшие дети** – дети, утратившие слух, но сохранившие речь, сформировавшуюся на основе нормального слухового восприятия. Сохранность речи зависит от возраста ребенка в момент наступления глухоты и соответственно от уровня сформированности речевых навыков. Чем младше потерявший слух ребенок, тем скорее и сильнее нарушается его речь, вплоть до полного распада (см. **Глухие дети, Глухонемота**).

**Оглушение** – см. **Нарушения сознания**.

**Ограничение возможностей** (handicap) – означает социальный ущерб для личности, полученный в результате ограниченности функций организма или инвалидности, который препятствует

возможности выполнять роль, считающуюся нормальной (в зависимости от возрастных, половых, социальных и культурных факторов).

**Ограничение жизнедеятельности** – отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность. Классификация основных категорий ограничения жизнедеятельности:

- ограничение самообслуживания,
- ограничение способности к самостоятельному передвижению,
- ограничение способности к трудовой деятельности,
- ограничение способности к обучению,
- ограничение способности к ориентации,
- ограничение способности к общению,
- ограничение способности контролировать свое поведение.

**Ограничение объема умений и навыков** – несоответствие количества сформированных навыков и умений усредненным возрастным нормам. Ограниченность объема навыков и умений может наблюдаться при биологической или социальной невозможности сформировать навык или умение (нечем совершить действие или некому показать, научить действию) или при недостаточной тренировке в их закреплении и автоматизации. Последнее часто наблюдается при гиперопеке ребенка, а также при волевой недостаточности самого индивидуума с быстрым отказом от необходимой «шлифовки» деятельности.

**Ограниченность функций организма** (impairment) – любая утрата психологической, физиологической или анатомической структуры, функций или отклонение от нее.

**Ограниченно трудоспособные** – лица, имеющие ограничения на выполнение определенных видов профессиональной деятельности вследствие нарушения здоровья. Степень ограничения трудоспособности устанавливается при освидетельствовании в Бюро медико-социальной экспертизы.

**Одиночество** – субъективные реакции на действительный или воображаемый дефицит межличностных отношений, не выводимые непосредственно из реальных условий проживания. В определенной степени зависит от склада характера и социального функционирования человека. Социальное одиночество часто

наблюдается при сужении профессиональных, социальных, семейных и других контактов. Личностное или эмоциональное одиночество возможно в результате частичной («одиночество вдвоем») или полной изоляции от окружающих, вызванной деформацией способности устанавливать контакты в процессе самоотчуждения, исчезновения личностного своеобразия, конфликтов, отсутствия доверительных, близких отношений со значимыми людьми.

**Ожидание социальное** – см. **Экспектация**.

**Оккупационная (оккупациональная) терапия** – интегральная часть комплексной реабилитации; терапия повседневными занятиями (не путать с трудотерапией) с целью восстановления повседневной активности и продуктивной деятельности в конкретных социально-бытовых или социально-средовых условиях. Применяется достаточно широко – от стимуляции рефлексов недоношенного младенца до обеспечения безопасности и независимости слабого пожилого человека. Термин «оккупационная терапия» пришел из английского языка, а из Швеции – термин «эрготерапия», который означает то же, что и оккупационная терапия, но в переводе ближе к русскому «трудотерапия». Однако тот род занятий, который в некоторых языках имеет одинаковое значение (трудотерапия и терапия занятостью), в русском языке означает не одно и то же. В России трудотерапия – это тот род занятий, который ближе специалистам (инструкторам) по труду; а терапия занятостью – это тот вид деятельности, который больше приближен к реабилитации, оздоровительной и социальной сфере, чем к обычной трудовой занятости. В российской практике тем, чем занимается оккупационный терапевт, владеют инструктор ЛФК, дефектолог и социальный работник в совокупности.

Целью оккупационной терапии является профилактика осложнений и прогрессирования инвалидности, восстановление социальной независимости посредством значимой деятельности. Сферами оккупациональной терапии являются:

- продуктивная деятельность – профессиональная деятельность, оплачиваемая и общественная работа, учеба, родительские обязанности, забота о близких людях и др.;
- самообслуживание – проблемы соблюдения личной гигиены, одевания, приготовления и приема пищи;
- досуг – занятия физкультурой и спортом, музыкой, художественным творчеством, рукоделием, садоводством, играми, развлечениями;

- игра – детские игры считаются важной деятельностью для развития знаний, навыков и установок, связанных с продуктивной деятельностью взрослых.

Оккупационная терапия может применяться при реабилитации лиц с физическими дефектами, тяжелыми последствиями соматических заболеваний, при нарушениях психического развития и психических заболеваниях с дефицитарными синдромами, в практике семейной и социальной адаптации, при реабилитации лиц с алкогольной или наркотической зависимостью, при социопатиях, работе с пожилыми людьми.

**Олигофрения** – недоразвитие сложных форм психической деятельности, обусловленное патологической наследственностью, органическим поражением центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития. Возникновение интеллектуальной недостаточности на более поздних этапах жизни, когда психика ребенка уже достигла определенного уровня развития, дает отличную от олигофрении структуру дефекта.

**Олигофренипедагогика** – отрасль дефектологии, разрабатывающая проблемы воспитания и обучения, пути коррекции недостатков психофизического развития умственно отсталых детей.

**Олигофренипсихология** – раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие и возможности его коррекции у людей умственно-отсталых, с тяжелыми формами недоразвитости головного мозга. Выявляет причины их умственной отсталости (врожденные дефекты нервной системы, результат болезни или травмы), изучает их психологические особенности, формы и степень выраженности дефекта, способствует созданию программ и методик их обучения во вспомогательных школах.

**Онтогенез** (от греч. *ontos* – сущее и *genesis* – происхождение) – процесс индивидуального развития организма на протяжении жизни.

**Опека** – одна из форм защиты личных и имущественных прав недееспособных граждан. Регулируется Семейным кодексом Российской Федерации и Гражданским кодексом Российской Федерации. Опека устанавливается над детьми, не достигшими 15 лет, и над лицами, признанными судом недееспособными вследствие душевной болезни или слабоумия. Оформляют опеку в отношении несовершеннолетних органы образования, в отношении недееспособных совершеннолетних – органы здравоохранения (см. **Опекун**).

**Опекун** – человек, которому поручена опека (наблюдение за недееспособными лицами, малолетними, душевнобольными, инвалидами и т. д.) и попечение о воспитании и правах.

**Оператное научение** – см. **Научение**.

**Оптимальный уровень активности** – см. **Активация**.

**Организация индивидуальной помощи** – процесс организации индивидуального ухода, направленный на обеспечение обслуживания (государственного и на добровольных началах) данного человека. Организатор (это могут быть несколько человек) руководит и координирует планирование и обеспечение различных видов обслуживания, начиная от первичного выявления нужд человека до того момента, когда помощь больше не нужна.

**Органическая деменция** – см. **Психоорганический синдром**.

**Органическая мозговая дисфункция** – см. **Минимальная мозговая дисфункция**.

**Органическое поражение мозга** – следствие нарушений развития плода во внутриутробном периоде, при родовых травмах, асфиксии, черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, нейроинфекциях и т. д.

**Органическое снижение уровня личности** – см. **Психоорганический синдром**.

**Органы речи** – органы, участвующие в образовании звуков речи; к периферическим речевым органам относятся органы дыхания, гортань, полость глотки, рта и носа.

**Ориентация (ориентирование)**. 1. Определение положения в пространстве, первоначально – относительно сторон света, особенно востока.

2. Умение разобраться в обстановке; осведомленность в чем-либо.

3. Направленность деятельности.

**Ориентация профессиональная** – система мероприятий по включению индивида в мир труда; комплекс психолого-педагогических и медицинских мероприятий, направленных на оптимизацию трудоустройства человека соответственно желаниям, склонностям и сформированным способностям с учетом потребностей народного хозяйства и всего общества. Предполагает профессиональное просвещение, информирование о мире профессий; профессиональное воспитание, выработку профессионально важных личностных качеств (работоспособность, ответственность); профессиональное консультирование (консультация профессиональная).

**Ориентирование** – см. **Ориентация**.

**Ориентировочная реакция** – функционально интегрированный комплекс различных реакций организма, возникающих при внезапном изменении обстановки, т. е. благодаря рассогласованию возникшей новой ситуации с исходным фоном. Включает ряд компонентов: двигательный, сердечный, дыхательный, кожно-гальванический и др., в том числе электроэнцефалографический (изменение спектрально-корреляционных параметров электрической активности мозга). После многократного повторения одного и того же стимула наблюдается избирательное угасание ориентировочного рефлекса на этот стимул и формируется конфигурация его следа в ЦНС (см. **Центральная нервная система**) – «нервная модель стимула» [Е. Н. Соколов; 1964]. В результате рассогласования действующего стимула и его нервной модели вследствие изменения какого-либо признака этого стимула вновь возникает ориентировочная реакция.

**Ортезы** – устройства, надеваемые на сегмент опорно-двигательного аппарата с целью его фиксации, разгрузки и восстановления нарушенных функций (бандаж, корсет, obturator, реклинатор, тугор, шина и др.).

**Ортопедическая обувь** – специальная обувь, предназначенная для лиц, имеющих умеренно выраженные дефекты стоп.

**Ортопедическая стелька** – см. **Стелька**.

**Ортопедическая шина** – техническое устройство, выполненное в виде желоба с деталями крепления (манжеты, пряжки с застежками и пр.); предназначена для создания условий покоя (иммобилизации) и ограничения подвижности пораженных конечностей.

**Ортопедические аппараты** – механические приспособления, применяемые при заболеваниях и повреждениях опорно-двигательного аппарата для лечения, а также с целью предупреждения развития или прогрессирования контрактур и деформаций; играют роль временных или постоянных вспомогательных средств функционального назначения; обеспечивают фиксацию пораженной части тела, ее разгрузку, коррекцию деформации, тренировку органов опорно-двигательного аппарата с целью восстановления их функций.

В зависимости от назначения различают фиксирующие, разгружающие, корригирующие и другие ортопедические аппараты.

- **Фиксирующие ортопедические аппараты**, обычно шинно-гильзовой конструкции, изготавливают в виде тугора (сплошной гильзы без шарниров) на всю конечность или отдельные ее сегменты, или жесткого

сплошного корсета либо из гильз, соединенных шарниром. Цель их применения – полностью или частично ограничить движение в суставах конечностей (туловища).

- **Разгружающие ортопедические аппараты** способствуют перенесению нагрузки с пораженного отдела на соседние, чаще с опорой на косные выступы.
- **Корректирующие ортопедические аппараты** обеспечивают исправление деформаций.

Чаще изготавливают ортопедические аппараты смешанных конструкций, предназначенные одновременно для фиксации и разгрузки. К ортопедическим аппаратам относят корсеты, которые предназначены для фиксации, разгрузки или коррекции деформации позвоночника. В зависимости от уровня поражения позвоночника различают корсеты для поясничного, нижнегрудного, среднегрудного, верхнегрудного и шейного отделов. Надевают ортопедические аппараты на белье, снимают их только во время лечебной гимнастики, массажа, физиотерапевтических процедур и на ночь.

**Ортопедия** – раздел медицины, изучающий врожденные и приобретенные деформации и нарушения функций опорно-двигательного аппарата и разрабатывающий методы их лечения и профилактики.

**Ослабление памяти** – см. **Гипомнезия**.

**Ослепшие дети** – дети, которые в результате заболевания или травмы утратили зрение полностью или сохранили лишь остаточное зрение с остротой до 0,04 диоптрий. Если потеря зрения произошла по достижении ребенком 3-4-летнего возраста, то он может долго (иногда на протяжении всей жизни) сохранять зрительные образы окружающего мира. Ослепшие дети в связи с этим имеют преимущество перед слепыми от рождения, поскольку с помощью зрительной памяти способны актуализировать образы предметов, в частности, по словесному описанию.

**Основные психофизические отклонения** в коррекционно-педагогической работе – нарушения функций систем и органов, приводящие к инвалидности, которые необходимо учитывать при составлении социокультурных и комплексных реабилитационных программ для расширения сферы самостоятельности инвалида, повышения эффективности его социального развития и самоутверждения в обществе.

Основными психофизическими отклонениями в становлении личности инвалида можно считать:

- нарушения сенсорного, двигательного, когнитивного характера, обуславливающие понижение возможностей обучения и социализации;
- задержку сенсорно-моторного развития, сдерживающего формирование предметно-практической деятельности;
- нарушение эмоционально-волевой сферы, приводящей к нарушению общения, снижению психо-эмоционального контроля, преобладанию негативных эмоций;
- ограничение взаимодействия с окружающей и социальной средой, приводящее к фрустрации (неудовлетворенности потребности в социальных контактах).

Наблюдая инвалидов, имеющих двигательные нарушения, можно выделить следующие ограничения, указывающие на необходимость создания специальных коррекционно-компенсаторных условий:

- нескоординированность движений,
- мышечная слабость,
- нарушение равновесия,
- уменьшение амплитуды движения,
- снижение контроля за двигательными актами,
- проблемы в передвижении в пространстве,
- сложности в выполнении предметно-практических действий,
- трудность в овладении продуктивными видами деятельности и спортивными двигательными актами.

У лиц с нарушениями зрения такими расстройствами являются:

- снижение остроты зрения, четкости видения, снижение скорости переработки информации, нарушение глазодвигательных функций, бинокулярности, стереоскопичности, выделение цветности, контрастности и количества признаков и свойств при simultанном восприятии объектов;
- неполнота, неточность, фрагментарность, замедленность, обедненность предметных представлений и ориентировки в пространстве;
- снижение уровня чувствительного опыта, определяющего содержание образов мышления, речи



- и памяти, замедление хода развития всех познавательных процессов;
- нарушение двигательной сферы, трудности зрительно-двигательной ориентации, приводящей к гиподинамии, а затем снижению функциональных возможностей организма, нарушение мобильности;
- нарушение эмоционально-волевой сферы, проявляющееся в неуверенности, скованности, снижении познавательного интереса, проявлении беспомощности в различных видах деятельности, социальных коммуникациях.

Для инвалидов с нарушением слуха главным препятствием являются:

- овладение речью, ее смысловой соотнесенностью с признаками и свойствами предметного мира,
- проблема общения, передачи и приема информации.

При хронических психических заболеваниях:

- нарушаются мотивационно-волевые компоненты личности, ухудшаются аналитические способности к оценке ситуации и моделированию адекватного поведения, снижаются возможности самостоятельного жизнеобеспечения, создания и сохранения семьи, проявляются эмоциональная неустойчивость, неадекватность;
- страдает способность к общению, социальному взаимодействию;
- двигательные нарушения проявляются в мышечной скованности, заторможенности, замедленности движений, вплоть до полной обездвиженности, или, наоборот, моторном возбуждении, хаотичности движений. Возможно развитие судорожных пароксизмов;
- снижение способности к самообслуживанию вплоть до полной утраты навыков личной гигиены и самостоятельных физиологических отпавлений;
- возможны нарушения памяти, дезориентация в окружающем, во времени, иногда в собственной личности.

Содержание социокультурной реабилитации следует строить с учетом основных психофизических нарушений для создания

обходных путей восстановления связи между инвалидом и окружающей средой.

**Особенности личностные** – устойчивые психологические образования, мало меняющиеся со временем.

**Особенности социально-психологической адаптации инвалида** – анализ социально-психологических особенностей адаптации инвалидов к существующей ситуации выявляет четыре основных типа этой адаптации, зависящих от позиции инвалида:

- активно-позитивная позиция инвалида – характерно стремление поиска самостоятельного выхода из сложившейся ситуации, сопровождается благоприятными социально-психологическими особенностями личности (достаточно высокий уровень самооценки, удовлетворенность жизнью и т. д.); крайне незначительная по численности категория инвалидов;
- активно-негативная позиция инвалида – не отрицает желания самостоятельно изменить свое положение, однако практических последствий это не имеет в силу психологического дискомфорта, общей неудовлетворенности жизнью; характерна для инвалидов среднего возраста;
- пассивно-позитивная позиция инвалида – при объективно неудовлетворительном социально-экономическом положении и низкой самооценке приводит в целом к относительной удовлетворенности существующей ситуацией и, как следствие, отсутствию желания активно менять ее в лучшую сторону; характерна для людей старших возрастных групп;
- пассивно-негативная позиция инвалида – неудовлетворенность своим положением (наряду с отсутствием желания самостоятельно улучшить его) сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, тревожностью, ожиданием катастрофических последствий даже от бытовых неурядиц и другими негативными социально-психологическими особенностями.

**Остаточное зрение** – сохранившиеся функции нарушенной или недоразвитой зрительской системы (острота зрения при

использовании оптических средств коррекции находится в пределах от светоощущения до 0,04 диоптрий).

**Остеоартроз** – см. **Артроз**.

**Остеопороз** (от греч. *osteon* – кость и *poros* – пора, отверстие) – снижение плотности кости в результате уменьшения количества костного вещества или недостаточного его обызвествления, может ограничиться участком кости (местный остеопороз), захватить целиком одну или несколько костей (регионарный остеопороз), все кости конечности (распространенный остеопороз) или же всю костную систему (системный остеопороз). Развивается в старческом возрасте, а также как следствие атрофии кости при длительной иммобилизации, переломах и воспалении костной ткани, при различных заболеваниях, вызванных нарушением обмена веществ, кровообращения, нервной и гормональной регуляции.

**Остеосинтез** (от греч. *osteon* – кость и *synthesis* – соединение) – соединение обломков костей. Различают два основных вида остеосинтеза – погружной, при котором различные соединяющие костные обломки фиксаторы располагаются в зоне перелома, и наружный чрезкожный остеосинтез, когда костные отломки соединяются с помощью дистракционно-компрессионных аппаратов. Цель остеосинтеза – обеспечение прочной фиксации сопоставленных отломков до полной их консолидации (см. **Переломы**).

**Остеосклероз** – усиление плотности кости за счет избыточного образования костной ткани и увеличения содержания в ней минеральных солей. Чаще всего представляет собой реактивный репаративный процесс вокруг участков разрушения костной ткани, например, при остеомиелите, сифилисе, опухолях. Иногда остеосклероз – основное проявление некоторых заболеваний, таких как мраморная болезнь.

**Остеохондроз** (от греч. *osteon* – кость и *chondros* – хрящ) – дистрофическое заболевание позвоночника, характеризующееся преимущественным поражением межпозвонковых дисков, чаще в шейном и поясничном его отделах. В этиологии остеохондроза значительная роль принадлежит постоянным перегрузкам позвоночника, в результате которых межпозвонковые диски утрачивают способность к регенерации, нарушается их кровоснабжение и развиваются дистрофические изменения. Клинические проявления многообразны. Например, для остеохондроза шейного отдела позвоночника характерны боли в затылочной, межлопаточной областях, чувство тяжести в надплечьях, боли в шее, особенно при движении, ограничение ее подвижности,

онемение пальцев рук во время сна. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника чаще начинается исподволь и проявляется малозаметными симптомами, которым обычно не придают значения: отмечается чувство усталости, незначительные болезненные ощущения при наклоне туловища вперед; со временем эти ощущения становятся более постоянными, длительными. Лечение проводят, главным образом, с помощью консервативных методов, направленных на устранение болевого синдрома, нарушений функций спинномозговых корешков и предупреждение прогрессирования дистрофических изменений в структурах позвоночника; оперативные вмешательства производятся при неэффективности консервативного лечения.

**Отбор профессиональный** – установление соответствия психофизиологических особенностей человека, его подготовленности и навыков требованиям, предъявляемым спецификой избранного вида трудовой деятельности; принятие кадровых решений на основе изучения и прогностической оценки пригодности людей к овладению профессией, к выполнению профессиональных обязанностей и достижению необходимого уровня мастерства. Проводится при комплексном использовании ряда критериев: медицинских, физиологических, педагогических и психологических. Его основа – конкретные нормативные характеристики профессии, на основе которых разрабатываются критерии профессиональной пригодности.

**Ответственность детей за родителей** – обязанность взрослых детей обеспечить эмоциональную, бытовую, финансовую поддержку своим родителям. Эта ответственность может быть основана на эмоциональной, культурной или религиозной основах, а в некоторых странах (в том числе Российской Федерации) – регламентирована законом. Согласно Семейному кодексу Российской Федерации дети могут быть освобождены от обязанностей по содержанию своих нетрудоспособных, нуждающихся в помощи родителей, если судом будет установлено, что родители уклонялись от выполнения своих родительских обязанностей, а также в случае лишения последних родительских прав.

**Отделение дневного пребывания** – см. **Дневной стационар для пожилых.**

**Отделение медико-социальной помощи при поликлинике** – структурное подразделение территориальной поликлиники, возглавляемое врачом-гериатром, оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь лицам пенсионного возраста из декретированных групп населения (одинокое граждане, участники и

инвалиды войны, реабилитированные) и «групп риска». Осуществляет координацию медицинского и социально-бытового обслуживания лиц этой категории.

**Отделение медико-социальной помощи при стационарах** – отделение (палаты) медико-социальной помощи является подразделением лечебного учреждения и предназначено для временного пребывания (от 1 до 3 месяцев) одиноких престарелых граждан и инвалидов, нуждающихся в круглосуточном уходе, медицинской реабилитации и социально-бытовой адаптации. Направление в эти отделения осуществляется органами социальной защиты населения. Финансирование затрат на содержание отделений производится за счет средств бюджетов различных уровней.

**Отделение сестринского ухода** – отделение медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, часто болеющих или страдающих хроническими заболеваниями. Их основной задачей является повышение доступности медико-социальной помощи указанным категориям граждан, повышение эффективности использования коечного фонда. Отделение сестринского ухода осуществляет и обеспечивает:

- квалифицированный медицинский уход и социальное обслуживание больных и пожилых граждан;
- своевременное выполнение врачебных назначений и процедур;
- медицинскую реабилитацию больных и престарелых с элементами трудотерапии;
- динамическое наблюдение за состоянием больных и престарелых;
- своевременную диагностику осложнений или обострений хронических заболеваний;
- психологическую помощь и адекватную симптоматическую терапию;
- оформление одиноких престарелых граждан в дома-интернаты.

**Отдельные категории населения** – группы лиц, объединенных по возрастному, социальному и иным признакам и нуждающихся в услугах социального обслуживания, сходных по видам и формам (граждане пожилого возраста, инвалиды, несовершеннолетние, лица без определенного места жительства и другие).

**Отклонения в состоянии здоровья** – функциональные или морфологические изменения в организме, снижающие резервы здоровья или приводящие к неполной реализации имеющихся

возможностей, нарушающие состояние внутренней гармонии или гармонии с природой и социальным окружением.

**Отклоняющееся поведение** – см. **Девиантное поведение**.

**Отреагирование** (калька с англ. abreaction) – психоаналитическое понятие, процесс проявления переживания вонне, сопровождающийся резко окрашенной эмоцией; эмоциональная разрядка; снятие эмоционального напряжения за счет проигрывания.

**Отрицание реальности** – защитный механизм, отрицающий существование угрожающих внешних факторов. Частный случай вытеснения: человек отвергает существование ситуаций, несущих тревогу, или же компенсаторно заменяет их на воображаемые – например, бегством в грезы, фантазирование

**Отсталость** – расположение, размещение на более низком уровне развития сравнительно с другими.

**Отсталость умственная** – нарушение общего развития, психического и интеллектуального, обусловленное недостаточностью центральной нервной системы, имеет стойкий, необратимый характер.

**Отчетность медицинская** – система документов установленной формы, представляемых учреждениями и органами управления здравоохранения вышестоящим органам. Содержит информацию о ресурсах здравоохранения: коечном фонде, его размещении, специализации и степени использования; обеспечения учреждений здравоохранения лечебно-диагностическими отделениями, кабинетами и оборудованием; использованием медицинской аппаратуры и пр. Детальная информация дается о медицинских кадрах и, в первую очередь, врачей, их размещении, группировке по специальностям и квалификационным группам, наличии специалистов в отдельных учреждениях. Особое значение имеет информация о состоянии здоровья населения, его заболеваемости, динамике отдельных заболеваний.

**Офтальмология** – область медицины, занимающаяся изучением вопросов лечения и восстановления нарушенных функций зрения, а также профилактики глазных болезней и аномалий развития органа зрения.

**Оценка индивидуальной нуждаемости в услугах социального обслуживания** – процесс установления перечня и объема услуг, предоставляемых гражданину социальными службами с учетом факторов и условий, определяющих его трудную жизненную ситуацию.

**Оценка компонентов окружающей среды** с целью выработки рекомендаций по ее изменению учитывает следующие факторы:

- личностный фактор, т. е. оценка окружающей среды с точки зрения нужд, возможностей и недостатков (физических и психологических) данного конкретного пациента;
- социальные факторы, т. е. отношение окружающих пациента людей к предполагаемым изменениям среды;
- экономический фактор – учет стоимости предполагаемых изменений среды;
- факторы социальной политики – учет законодательства и государственной политики в этой области.

**Оценка последствий болезни – см. Концепция оценки последствий болезни.**

**Оценка эффективности реабилитации** – определение уровня, клиничко-функционального состояния и социального статуса инвалида, достигнутого в результате реабилитационных мероприятий по отношению к исходному. Включает в себя субъективную оценку, полученную от подопечного, и объективную, которую дают специалисты, участвующие в реабилитационном процессе. Эффективность реабилитации изучается в каждом индивидуальном случае для анализа деятельности учреждения (медицинского, социального, реабилитационного) в целом.

Поскольку социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, то требования, установленные для них, обязательны для исполнения на всей территории России, для этого необходимо уметь отслеживать, оценивать и представлять результаты своей деятельности. Чтобы получить необходимую информацию о ходе реализации реабилитационной программы, применяют механизмы оценки и мониторинга:

- мониторинг – текущий контроль деятельности, непрерывное отслеживание фактически проведенных и запланированных мероприятий, соблюдения временных рамок, соответствия расходов утвержденному бюджету, охвата участников мероприятий и т. д.;
- оценка – проводится на ключевых этапах реализации программы.

В основу оценки реабилитационной деятельности могут быть положены различные критерии: клинические, социальные, психологические, экономические.

Выделяют качественные и количественные показатели эффективности реабилитации. К первой категории показателей относятся: активизация деятельности, восстановление (приобретение) коммуникативных способностей, восстановление (приобретение) трудовых и профессиональных навыков, интеграция в общество и пр.

К категории количественных показателей относятся: длительность ремиссии при хроническом заболевании, частота повторных госпитализаций, достижение запланированного результата реабилитационного воздействия, степень улучшения жизнедеятельности и повышения социальной активности, нормы выработки лиц, работающих на предприятиях, и др. С этой целью используются оценочные шкалы.

## П

**Паллиативное лечение** – активная забота о пациентах и их семьях группой профессионалов в то время, когда болезнь более не поддается лечению; должна отвечать физическим, психологическим и духовным потребностям пациента. Цель паллиативного лечения – снижение выраженности симптомов болезни (боли, тошноты, рвоты, одышки и пр.), обеспечение пациентам и членам его семьи лучшего качества жизни, помощь в максимальном использовании своего потенциала, несмотря на неизбежное прогрессирование болезни. При паллиативном лечении:

- утверждается жизнь, а смерть воспринимается как нормальный процесс;
- смерть не ускоряется и не оттягивается;
- пациент и его семья воспринимаются как единое целое, нуждающееся в заботе;
- пациент должен освобождаться от тревожных и болезненных симптомов, лечение должно быть направлено на создание комфорта для пациента;
- психологические и духовные аспекты объединяются, чтобы пациент смог примириться со своей смертью так полно, как это возможно;
- предоставляется система поддержки, чтобы помочь пациенту жить настолько активно и творчески, как только это для него возможно, до самой смерти;
- предполагается система поддержки семьи не только во время болезни пациента, но и после его смерти.



Паллиативное лечение эффективно, если ведется группой специалистов, работающих в одной команде: медицинские и социальные работники, психологи, священник, волонтеры, родственники и пр.

**Пальцевой захват** – моторная функция кисти при совершении различных движений; различают следующие виды захвата: крючковой, цилиндрический, шаровой, межпальцевой, щипцовый.

**Память** – в самом общем смысле памятью называется сохранение информации о раздражителе после того, как его действие прекратилось. В процессах памяти выделяют четыре самостоятельные фазы: фиксация, сохранение, считывание и воспроизведение следа. По длительности процессы памяти подразделяются на три категории: так называемая мгновенная память – кратковременное запечатление следов, длящееся несколько секунд; кратковременная память – процессы запечатления, которые длятся несколько минут; долговременная память – долговременное, возможно, в течение всей жизни сохранение следов. Кроме того, процессы памяти можно охарактеризовать с точки зрения их модальности, т. е. в каких анализаторных системах протекают данные мнестические процессы. Соответственно можно выделить зрительную, слуховую, тактильную, двигательную, обонятельную память. Существует также аффективная, или эмоциональная, память, или память на эмоционально окрашенные события.

Нарушения памяти бывают различных видов, причем в литературе описаны случаи не только ослабления (см. **Гипомнезия**) или полного выпадения памяти (см. **Амнезия**), но и ее патологического усиления (гипермнезия). Нарушение памяти может распространяться на всю поступающую информацию независимо от ее модальности (слуховую, зрительную, тактильную, двигательную), тогда эти нарушения относят к модально неспецифическим. В ряде случаев память может избирательно нарушаться на сохранение информации, поступающей только из одного анализатора. К таким модально специфическим нарушениям относят нарушение зрительной, слухоречевой, музыкальной, тактильной и двигательной памяти. В таких случаях данный дефект не существует отдельно, а проявляется в составе более сложных нарушений.

**Параличи** (от греч. paralysis – вытяжение) – выпадение двигательной функции с отсутствием силы мышц в результате различных патологических процессов в нервной системе; ослабление же двигательных функций со снижением силы мышц называется парезом (см. **Парез**). В зависимости от уровня поражения нервной

системы выделяют центральный и периферический параличи; по изменению тонуса мышц различают спастические (центральные) и вялые (периферические) параличи; по распространенности делятся на моноплегии (паралич одной конечности), параплегии (поражение двух верхних или двух нижних конечностей), гемиплегии (паралич ноги и руки на одной стороне туловища), триплегии (поражение трех конечностей) и тетраплегии (паралич всех четырех конечностей). Различают органические и функциональные параличи.

- **Органический паралич** развивается в результате структурных нарушений в пирамидной системе или периферическом мотонейроне, возникающих при сосудистых, травматических, опухолевых и воспалительных процессах.
- **Функциональный паралич** является следствием воздействия психогенных факторов, которые приводят к нейродинамическим нарушениям в структурах головного мозга, наблюдаемым чаще при функциональных заболеваниях нервной системы, например, при истерии.
- **Центральный паралич** возникает в результате поражения пирамидной системы. Клинические проявления зависят от уровня поражения. Так, при патологическом процессе в области передней центральной извилины коры головного мозга выпадают преимущественно функции руки или ноги на противоположной патологическому очагу стороне; при поражении внутренней капсулы развивается гемиплегия на противоположной стороне тела в сочетании с центральным парезом лицевой мускулатуры и мышц одной половины языка. Поражение пирамидных волокон в стволе головного мозга (продолговатый мозг, мост, ножки мозга) вызывает гемиплегию на противоположной стороне в сочетании с симптомами поражения ядер черепных нервов на стороне поражения – так называемые альтернирующие синдромы. При двустороннем поражении центрального двигательного нейрона пирамидной системы, идущего к ядрам IX, X, XII пар черепных нервов на любом уровне от передней центральной извилины до ядер, развивается псевдобульбарный синдром. Центральный паралич характеризуется повышением сухожильных рефлексов,

мышечного тонуса, появлением патологических рефлексов и синкenezий.

- **Периферический паралич (парез)** является результатом поражения второго, или периферического, двигательного нейрона и характеризуется ослаблением или исчезновением сухожильных рефлексов; снижением мышечного тонуса, атрофией мышц и сопровождается дегенерацией нервного волокна. Атония и арефлексия обусловлены перерывом рефлекторной дуги, в результате чего утрачиваются свойственные мышце тонус и рефлекторные мышечные акты. В результате гибели двигательных нервных волокон и разобщения мышцы с клетками передних рогов, откуда она получает нервно-трофические импульсы, возникает атрофия мышц. Клинические проявления зависят от уровня поражения периферического нейрона, так, при поражении периферического нерва развивается паралич иннервируемой им мышцы, если периферический нерв имеет чувствительные волокна, то выявляется и нарушение чувствительности. Поражение клеток передних рогов спинного мозга или ядер двигательных черепных нервов ведет к периферическому параличу в сочетании с атрофией мышц и фибриллярными или фасцикулярными подергиваниями в мышцах.

**Парамедицина** – раздел медицины, в котором применяются лечебные методы, не использующие известные физические посредники. Такими методами являются воздействия посредством наложения рук, мысленного внушения и пр.

**Парамнезия** – обманы памяти при нарушении сознания, «ложные воспоминания»; чаще всего – расстройства памяти, среди которых выделяются обманы по типу уже виденного, когда происходящее в данный момент кажется знакомым, уже некогда пережитым (криптомнезии); по типу смешения следов памяти (контаминации); по типу ложных воспоминаний, имеющих повторный характер (эхомнезии). В появлении парамнезии в норме важную роль играют эмоции и аффекты; типичны, в частности, переоценка влияния собственной личности на исход некоторых событий прошлого. В современной медицинской психологии установлена связь парамнезии с пограничными состояниями (стресс, острое и хроническое утомление), с психастенией и другими изменениями функционирования центральной нервной системы.

**Паранойя** – общее название психических расстройств, характеризующихся стойким систематизированным бредом (преследования, ревности, изобретательства и др.).

**Паранойяльность** – подозрительное, настороженное отношение к окружающим.

**Парапарез** – см. **Параплегия, Парез**.

**Параплегия (парапарез)** (от греч. *para* – около, рядом и *plēgē* – удар, поражение) – паралич обеих верхних или обеих нижних конечностей.

**Парапсихология (психотроника)**. 1. Научная дисциплина, изучающая взаимодействия человека с внешним миром, не вписывающиеся в общепринятую картину мира. Выделяется два основных направления парапсихологических исследований:

- исследование чувствительности организма, не основанной на работе известных органов чувств (восприятие экстрасенсорное);
- исследование воздействия организма на внешние явления без посредства физических действий (психокинез); феномены психокинеза особенно значимы в парамедицине.

2. Именованное гипотез и представлений, относящихся к психическим явлениям, объяснение которых не имеет строгого научного обоснования; к ним, прежде всего, относится экстрасенсорное восприятие (прием человеком информации, не связанный с действием известных науке органов чувств). Выделяются такие формы экстрасенсорной чувствительности: телепатия, ясновидение, предвещание, лозоискательство, парадиагностика.

**Парасимпатическая нервная система** – см. **Вегетативная нервная система**.

**Парафразия** – нарушение речевого высказывания, проявляющееся в замене звуков речи или слов на другие или же в неправильном употреблении отдельных звуков или слов в устной и письменной речи. Различают два вида парафразий:

- **вербальная парафразия** – замена одних слов другими, близкими по смыслу, что обусловлено мнестическими или семантическими нарушениями речи; может проявляться как соединение отдельных элементов разных слов в одно слово;
- **литерная парафразия** – ошибочная замена отдельных звуков или слогов в словах; в основе лежат сенсорные или моторные речевые нарушения.

**Парез** – ослабление двигательной функции из-за ослабления силы мышц. Расстройства движения могут наблюдаться в одной конечности (монопарез), обоих верхних или обоих нижних конечностях (верхний парапарез, нижний парапарез), на одной половине тела (гемипарез), во всех четырех конечностях (тетрапарез). Диплегия – вид тетрапареза, при котором доминирует слабость в ногах. Наряду с описанными выше (см. **Параличи**) нередко парезы и параличи истерического характера.

**Паркинсонизм** – синдром прогрессирующего поражения нервной системы, проявляющийся снижением общей двигательной активности, замедленностью движений, дрожанием, повышением мышечного тонуса; обусловлен поражением экстрапирамидной системы. Подобная клиническая картина наблюдается при описанном в 1817 г. Дж. Паркинсоном самостоятельного заболевания – дрожательном параличе или болезни Паркинсона. Паркинсонизм – основное проявление самостоятельного заболевания – болезни Паркинсона. См. **Болезнь Паркинсона**. Паркинсонизм может быть следствием перенесенного эпидемического энцефалита, атеросклероза суставов головного мозга с хронической недостаточностью мозгового кровообращения, опухолей больших полушарий, а также черепно-мозговой травмы. Выделяют лекарственный паркинсонизм, развивающийся при лечении некоторыми психотропными средствами. По преобладанию тех или иных основных симптомов выделяют акинетико-ригидную, ригидно-дрожательную и дрожательную формы паркинсонизма.

При акинетико-ригидной форме общая двигательная активность заметно ограничена, движения больного медленны, осуществляются с трудом, речь тихая, монотонная, лицо амимичное. Больные передвигаются мелкими шагами, при ходьбе отсутствует содружественное движение рук; отмечаются явления пропульсии (больной, если его слегка подтолкнуть, по инерции движется вперед и не может сразу остановиться). Тонус скелетных мышц повышается, приводя к общей скованности. Ригидность мышц обуславливает характерную позу больного – туловище согнуто вперед, голова наклонена к груди, руки приведены к туловищу и согнуты в локтевых суставах.

Для ригидно-дрожательной формы характерно сочетание мышечной скованности (ригидности) и мелкокоразмашистого дрожания. Дрожание отмечается в покое, преимущественно в верхних конечностях (движение пальцев рук типа катания пиллюль) и исчезает или уменьшается при целенаправленных движениях. Может

наблюдаться дрожание головы (движение по типу «да-да» или «нет-нет»).

При дрожательной форме ведущим симптомом является дрожательный гиперкинез, тогда как гипокинезия и ригидность мышц выражены меньше.

**Пароксизм** (от греч. *paroxysmos* – раздражение, возбуждение)

1. Остро возникающее, обычно преходящее, расстройство функции каких-либо органов или систем организма; приступ или внезапное обострение болезни. В современной медицинской терминологии это понятие используют в основном в форме прилагательного «пароксизмальный», т. е. возникающий внезапно, в виде приступа.

2. Кратковременная бурная эмоция (например, пароксизм смеха, гнева).

**Партнерство** – основной принцип взаимоотношений между профессионалами и реабилитируемым человеком. Суть этих отношений заключается в мобилизации усилий каждого партнера на выполнение основной коллективной цели – повышение социального и личностного статуса инвалида. Реабилитируемый является активным участником планирования реабилитационных мероприятий и несет определенную ответственность за их выполнение.

**Пассивность** – отсутствие активности; признак утомления или неблагоприятного психологического состояния.

**Патернализм** (от лат. *paternus* – отцовский) – покровительство, опека старшего по отношению к младшим, к подопечным.

**Патогенез** (от греч. *pathos* – страдание, болезнь и *genesis* – зарождение, происхождение) – совокупность последовательных процессов, определяющих возникновение и течение болезни; включает физиологические, биохимические, морфологические, иммунные и другие процессы, развивающиеся в организме больного после воздействия причинного фактора. Пусковым механизмом патогенеза является действие на организм этиологического фактора, который определяет специфичность болезни. Характер патологической реакции зависит также от реактивности организма и условий окружающей среды, поэтому в одних случаях различные этиологические факторы вызывают сходный или даже одинаковый патологический процесс, в других – один и тот же причинный фактор влечет за собой развитие неодинаковых по интенсивности и характеру патологических процессов или патологических реакций.

**Патологическая анатомия** – область медицины, изучающая причины и механизмы развития болезней и патологических процессов, в основном путем исследования характерных для них

морфологических изменений органов, тканей. Основной метод патологической анатомии – вскрытие трупа.

**Патологическая физиология** – область медицины, изучающая закономерности возникновения, течения и исходов болезненных процессов и компенсаторно-приспособительных реакций в больном организме.

**Патологический** (от греч. pathos – страдание) – болезненный, болезненно ненормальный, с отклонениями от нормы.

**Патологическое развитие личности** возникает в результате различных психических или хронических соматических заболеваний – хронического алкоголизма, черепно-мозговой травмы, шизофрении, эпилепсии, инфекции, интоксикации. Проявляется в дисгармоничном складе характера, темперамента и поведения, отчего страдает и сама личность, и окружающие. Наиболее часто встречается повышенная вспыльчивость, доходящая до вспышек гнева, ярости. В других случаях наблюдается неуверенность в себе, снижение психической и физической активности, аспонтанность или бесчувственность, фанатичность и настойчивость. В зависимости от преобладающих характерологических проявлений выделяют различные типы психопатических расстройств (см. **Психопатия**).

**Патология характера** – см. **Психопатия, Акцентуация характера, Патологическое развитие личности**.

**Патопсихология** – раздел клинической психологии, наука, изучающая изменения психической деятельности вследствие психических или соматических заболеваний, структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой [Б.В.Зейгарник, 1969].

**Патронаж** (от франц. patronage – покровительство) – форма работы, основными целями которой являются проведение на дому оздоровительных, профилактических и иных мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшения санитарно-гигиенических условий в быту. Осуществляется врачами, патронажными сестрами, социальными работниками с целью профилактики, лечения реабилитации, улучшения социально-гигиенических условий в быту и обучения лечебно-реабилитационным навыкам. В реабилитации выделяют следующие виды патронажа.

- **Социально-бытовой патронаж** – форма социальной реабилитации инвалидов, включающая проведение текущего контроля бытовых и жилищных условий проживания инвалида, его нуждаемости в технических средствах реабилитации, а также помощь в приобретении

таких средств, в изменении жилищных условий, приспособлении их к нуждам инвалида, коммунально-бытовое обслуживание, содействие в получении инвалидом натуральной помощи.

- **Социально-педагогический патронаж** – форма социальной реабилитации, осуществляемая в основном в отношении детей-инвалидов и их семей, включает курирование в семье условий воспитания, обучения и развития ребенка-инвалида, выяснение образовательного уровня родителей, их отношение к ребенку, возможности родительской помощи в процессе обучения, привлечения инвалида в учебно-воспитательные учреждения.
- **Социально-психологический патронаж** – специально организованный процесс курирования социально-психологического климата в семье инвалида и психологического состояния самого инвалида. Этот вид патронажа включает пролонгированную социально-психологическую помощь в ходе систематического взаимодействия данных лиц с психологами и специалистами по социальной работе, организацию помощи по коррекции внутрисемейных отношений, особенно в неблагополучных и неполных семьях, в семьях группы риска, организацию обучения родственников методам психологического взаимодействия с инвалидами, организацию психологической помощи семье в целом.
- **Социокультурный патронаж** – форма социокультурной реабилитации, предполагает содействие по включению инвалида в различные учреждения и организации, развивающие творческую деятельность и способности (кружки, клубы, учреждения дополнительного образования и т. д.), по обеспечению инвалида книгами и журналами, содействие в посещении выставок, театров и других культурных мероприятий, по включению инвалида в общество сверстников в соответствии с социокультурными потребностями инвалида.
- **Медико-социальный патронаж** семьи, имеющей инвалида, – мероприятие медицинской реабилитации, осуществляемое преимущественно на дому в отношении инвалидов, нуждающихся в постоянной медицинской помощи; заключается в регулярном посещении



медицинскими и социальными работниками инвалида на дому, оказание ему необходимой лечебно-профилактической помощи, обеспечение ухода с учетом состояния здоровья, содействие в проведении медико-социальной экспертизы, медицинских реабилитационных мероприятий, в обеспечении по заключению врачей лекарственными и техническими средствами медицинской реабилитации, в своевременной госпитализации и пр.

- **Социальный патронаж** – включает медико-социальную, социально-педагогическую, социально-психологическую, социально-бытовую, социально-трудовую и социально-правовую курацию инвалида и членов его семьи на дому с целью создания оптимальных условий для его реабилитации и жизнедеятельности.
- **Социально-правовой патронаж** – см. **Социально-правовой патронаж**.

**Патронаж над дееспособными гражданами** – форма охраны и защиты прав дееспособных граждан, которые по состоянию физического здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права, а также исполнять свои обязанности. Осуществляется по просьбе дееспособного гражданина на основании договора о доверительном управлении имуществом.

**Паттерн** – 1. Совокупность постоянно повторяющихся при определенных условиях реакции человека в примерно постоянной и предсказуемой последовательности; в своей основе содержит условно-рефлекторный механизм бессознательного реагирования на стимул. В более общем смысле можно говорить как о синониме привычки.

2. Последовательность определенных форм колебаний биопотенциалов, повторяющихся в одном или нескольких отведениях при одинаковых состояниях и условиях (мед.)

**Педагогика лечебная** – отрасль педагогики, разрабатывающая средства и методы исправления физических и психических дефектов. По сути, является аналогом абилитации, включающей медицинский, психологический, логопедический аспекты развития ребенка, имеющего физические и психические дефекты. Термин употребляется главным образом в немецкоязычной литературе, в современных отечественных педагогических науках употребляется редко, чаще используется термин «коррекционная педагогика». Предмет лечебной педагогики и сфера ее применения являются объектом дискуссий. По мнению некоторых авторов, лечебная педагогика охватывает почти

весь круг проблем, разрабатываемых в отечественной дефектологии. Другие считают, что лечебная педагогика должна заниматься вопросами обучения и воспитания лишь некоторых групп аномальных детей.

**Педагогическая запущенность** – следствие отсутствия необходимого обучения и воспитания; проявляется в слабом овладении ведущими видами деятельности, обеспечивающими полноценное индивидуально-психологическое и личностное развитие ребенка.

**Педагогическая подготовка родителей к реабилитации ребенка** – участие родителей в социально-педагогической реабилитации превращает их в соучастников реабилитационного процесса, что является важнейшей задачей, стоящей перед социальным педагогом и специалистом по реабилитации. В решении ее возникает ряд проблем, к их числу относятся:

- реабилитация членов семьи, в которой появился ребенок-инвалид;
- информирование о правах и обязанностях родителей, имеющих ребенка-инвалида;
- разъяснение родителям перспектив развития их ребенка и возможности преодоления патологии, ближайшие и перспективные цели реабилитации;
- разработка индивидуального маршрута реабилитации и определение в нем места родителей;
- обучение родителей методам социально-педагогической реабилитации ребенка-инвалида;
- социально-реабилитационная работа с ребенком с постепенным включением родителей;
- постепенное расширение непосредственного участия родителей и снижение роли специалиста в реабилитационной работе с ребенком;
- обеспечение социально-педагогического патронирования семьи;
- повышение социально-педагогической подготовки родителей с учетом достигаемых результатов и открывающихся перспектив реабилитации ребенка.

**Педагогическая реабилитация** – см. **Реабилитация педагогическая**.

**Педагогическая технология** – это процесс оптимизации обучения и воспитания путем анализа факторов, повышающих педагогическую эффективность, конструирования и применения

методов и приемов, а также их оценки; помогает обучать, воспитывать и развивать детей более результативно. Педагогическая технология является одним из компонентов педагогического мастерства и представляет собой научно обоснованный профессиональный выбор операционного воздействия педагога на ребенка. Основными признаками педагогической технологии являются диагностическое целеобразование, результативность, экономичность, наличие алгоритма, проектируемость, целостность и управляемость. Практически педагогическая технология реализуется через систему слагаемых, среди которых можно выделить основные – технологию педагогического общения, педагогической оценки, педагогического требования, педагогического сознания и разрешения конфликта, педагогического информативного воздействия и дополнительные – технологию организации индивидуальной и групповой воспитывающей, обучающей и развивающей деятельности, создания ситуации успеха и благоприятного психологического климата, этической защиты, организации воспитывающей среды, педагогической реакции на поступок и др.

**Педагогические реабилитационные мероприятия** – система методов и приемов обучения, воспитания и развития, направленных на восстановление, коррекцию и компенсацию утраченных или нарушенных функций в процессе образования (как общего, так и специального).

**Педагогический паллиатив** – временная уступка педагога, который как бы не замечает нарушений социальных норм или допускает их частично, однако подготавливает условия, чтобы в будущем такие нарушения не допускались, что отличает педагогический паллиатив от игнорирования (см. **Игнорирование**). К педагогическому паллиативу, например, прибегал А. С. Макаренко, когда «на первых порах делал вид, что не замечал воровства»; Я. Корчак, понимая, что дурные привычки воспитанников имеют над ними большую власть, разрешал подросткам в течение недели драться и ругаться ограниченное число раз, от недели к неделе снижая это дозволенное число разрешенных неблагоприятных поступков. К. Д. Ушинский тоже советовал, не обращая внимания на дурные привычки, формировать добрые.

Как правило, к педагогическому паллиативу прибегают в ситуациях, когда качественный уровень предметного результата невысок, но педагог и не пытается его повысить, так как в данный момент уровень развития детей не может обеспечить наилучшего выполнения задания. Например, на начальном этапе формирования

социально-бытовых навыков у ребенка с парезом верхних конечностей педагог «не замечает» низкого качества исполнения задания, поощряя ребенка-инвалида и работая над совершенствованием двигательного целенаправленного акта.

Педагогический паллиатив обеспечивается умением «не видеть», «не замечать», находить положительное в самых малых результатах деятельности, быть терпеливым, а главное – умением ставить в центр внимание развитие детей, отодвигать на задний план свое профессиональное самолюбие и желание получить быстрый и качественный результат. Педагогический паллиатив обоснован психологическим механизмом формирования отношения к объекту: удовлетворение от деятельности по взаимодействию с объектом является основой формирующейся связи субъекта с объектом деятельности.

**Пеллоидотерапия** – см. **Грязелечение**.

**Пенсия** – денежное обеспечение, получаемое гражданами из общественных фондов потребления в старости, при потере трудоспособности, за выслугу лет и в случае потери кормильца.

**Пенсия по случаю потери кормильца** устанавливается нетрудоспособным членам семьи работника, умершего вследствие трудового увечья или профзаболевания, независимо от продолжительности его трудовой деятельности, а при наступлении смерти вследствие других причин – при соответствующем трудовом стаже, продолжительность которого зависит от возраста застрахованного ко дню смерти. Право на пенсию имеют нетрудоспособные члены семьи умершего, состоявшие на его иждивении. Родителям, вдовам (вдовцам) граждан, погибших вследствие военной травмы, а также одному из родителей или супругу пенсия назначается независимо от того, состояли ли они на иждивении умершего. Нетрудоспособными членами семьи считаются:

- дети, братья, сестры, внуки, не достигшие 18 лет или старше этого возраста, при условии, что они стали инвалидами до достижения 18 лет; при этом братья, сестры, внуки – при условии, что они не имеют трудоспособных родителей;
- отец, мать, супруг (жена, муж), если они достигли 55 или 60 лет либо являются инвалидами;
- один из родителей или супруг (дед, бабушка, брат, сестра) независимо от возраста и трудоспособности, если он (она) заняты уходом за детьми, братьями,

- сестрами или внуками умершего кормильца, не достигшими 14 лет и не работающими;
- дед и бабушка при отсутствии лиц, которые по закону обязаны их содержать;
  - родители и супруг умершего, не состоявшие на его иждивении, имеют право на пенсию, если они впоследствии утратили источник средств к существованию.

**Первичная медико-социальная помощь** – основной доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинского обслуживания; включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

**Перверзия** – см. **Перверсия**.

**Перверсия (перверзия)** – общее название ряда извращений полового инстинкта.

**Первичный дефект** – см. **Дефект**.

**Переподготовка** – общий термин для обозначения различных видов профессионального обучения, обусловленного изменениями в характере и содержании профессиональных задач; может быть частичной, вызванной модернизацией трудового процесса, или полной, вызванной отмиранием имеющейся у работника профессии или резким сокращением спроса на нее, а также при невозможности человека из-за состояния здоровья продолжать выполнять прежние трудовые обязанности. В более узком понимании термин означает освоение новых знаний и умений, необходимых для выполнения задачи, отличающейся от той, для выполнения которой лицо было принято на работу.

**Перинатальный период развития плода** – период с 28 недель внутриутробного развития до 8 дня жизни новорожденного, включает антеатальный (с 28 недель внутриутробного развития до родов), интранатальный (роды) и ранний неонатальный (от рождения до 7 суток) периоды.

**Перинатальная энцефалопатия** – собирательный термин для обозначения нарушений деятельности ЦНС (см. **Центральная нервная система**) различной степени тяжести и генеза, возникших в

результате воздействия неблагоприятных факторов в перинатальном периоде.

**Перинатология** – особая область медицины, сформировавшаяся на стыке акушерства, педиатрии и неврологии в конце XX в., изучающая особенности развития плода, а также вопросы охраны здоровья плода и новорожденного, что включает комплекс профилактических и лечебных мероприятий. Причины нарушения нормальной жизнедеятельности плода многообразны, на перинатальное развитие оказывают влияние следующие факторы:

- генетические – образование неполноценных наследственных комплексов и хромосомных aberrаций;
- этиологические – вызывающие повреждение нервной системы плода и новорожденных, могут воздействовать во внутриутробном, интранатальном и неонатальном периодах, а инфекционные и генетические факторы могут иметь преопределяющее значение еще до зачатия;
- средовые – делятся на физические (ионизирующее излучение, амниотические рращения) и химические (гипоксия, тератогенные яды); из них следует особенно выделить медикаментозные (гормоны, антибиотики, транквилизаторы) и ятрогенные;
- эндогенные – плацентарная недостаточность;
- биологические – вирусные и другие инфекции (корьевая краснуха, грипп, герпес);
- психогенные – психические травмы.

Важным моментом в работе по охране плода и новорожденного является выявление беременных с повышенным риском. Различают пренатальные (см. **Пренатальные факторы риска**) и интранатальные (см. **Интранатальные факторы риска**) факторы риска.

**Периферическая нервная система** – топографически условно выделяемая внемозговая часть нервной системы, включающая задние и передние корешки спинномозговых нервов, спинномозговые узлы, черепные и спинномозговые нервы, нервные сплетения и нервы. Функция периферической нервной системы состоит в проведении нервных импульсов от всех экстеро-, проприо- и интерорецепторов в сегментарный аппарат спинного и головного мозга (представлена афферентными, чувствительными, нервами) и отведении от центральной нервной системы регулирующих нервных импульсов к органам и тканям (представлена эфферентными, двигательными,

нервами). Однако большинство периферических нервов являются смешанными и содержат в своем составе двигательные, чувствительные и вегетативные волокна.

**Персеверация** (от лат. *perseveratio* – упорство) – навязчивое повторное воспроизведение какого-либо ощущения, действия, мысли или переживания. Явления персеверации иногда возникают в рамках нормальной психики, например при переутомлении. У маленьких детей вследствие инертности нервных процессов (сохранения возбуждения после прекращения действия раздражителя) отдельные проявления персеверации также не выступают симптомами патологии (ребенок часто требует многократного повторения понравившегося действия и т. п.). Персеверация, однако, может выступать одним из проявлений речевых, сенсорных, двигательных и эмоциональных расстройств, в частности, при поражении головного мозга, а также при глубокой умственной отсталости (в виде однообразных движений и действий, повторения слов и т. п.) и в состояниях острого переутомления.

**Персеверации моторные** (от лат. *motor* – приводящий в движение и *perseveratio* – упорство) – форма персевераций, навязчивое воспроизведение одних и тех же движений или их элементов (написание букв или рисование). Различают следующие виды:

- **элементарная моторная персеверация** проявляется в многократном повторении отдельных элементов движения и возникает при поражении премоторных отделов коры мозга и нижележащих подкорковых структур;
- **системная моторная персеверация** характеризуются многократным повторением целых программ движений и возникает при поражении префронтальных отделов коры мозга;
- **моторная речевая персеверация** проявляется в виде многократных повторений одного и того же слога или слова в устной речи и при письме и возникает как одно из проявлений эфферентной моторной афазии при поражении нижних отделов премоторной области коры левого полушария (у правшей).

**Перфекционизм** – стремление выполнять любую работу на высшем уровне; приводит к застреванию на несущественных мелочах, отказу от работы при сомнениях в своей способности выполнить ее достаточно успешно.

**Перцепция** – восприятие, непосредственное отражение действительности органами чувств.

**Перцепция социальная** – восприятие, понимание и оценка людьми социальных объектов. Термин ввел Дж. Брунер для обозначения факта социальной обусловленности восприятия, его зависимости не только от объекта (характера стимула), но и от прошлого опыта субъекта, его целей, намерений, от значимости ситуации и пр.

**Песочные ванны** – применение нагретого песка с лечебной целью в виде общих и местных ванн; один из методов теплолечения. При песочных ваннах происходит равномерное согревание тела или отдельных его участков нагретым песком и своеобразный массаж вследствие механического действия песка на поверхности кожи. Как и другие тепловые процедуры, песочные ванны оказывают болеутоляющее, противовоспалительное и рассасывающее (при воспалительных инфильтратах) действие. Благодаря физико-химическим особенностям песка песочные ванны даже относительно высоких температур переносятся легче, чем другие тепловые процедуры, поэтому их можно назначать детям и больным пожилого возраста.

Показаниями к назначению песочных ванн служат заболевания суставов, органов дыхания, периферической нервной системы, хронические воспалительные процессы в области малого таза, последствия рахита и церебральных параличей.

**Пет-терапия** (от англ. pet – любимое животное, баловень) – метод реабилитации, включающий общение с животными, сочетающий в себе аспекты социально-психологического и физического воздействия. В настоящее время широко распространена коррекция двигательных нарушений при неврологических заболеваниях с помощью лошадей. Ухаживание за животными в живых уголках позволяет детям-инвалидам научиться контролировать свое поведение через контроль над животными. Та же методика хорошо зарекомендовала себя при коррекции пищевого поведения при булимии. Все шире применяется психосоциальная терапия с помощью собак (канистерапия).

**Пиктограмма** – рисуночное письмо, используемое в психолого-педагогической реабилитации как средство изучения и коррекционной работы с умственно отсталыми детьми. Представляет собой совокупность графических образов последовательно выполняемых операций с целью эффективного запоминания и последующего воспроизведения в практической деятельности.



### **Писчий спазм – см. Гиперкинез.**

**Пирамидная система** – совокупность двигательных путей, начинающихся из пирамидных клеток Беца передней центральной извилины коры головного мозга, связывающих их с двигательными клетками ядер черепных нервов и передних рогов спинного мозга. Клетки Беца составляют в передней центральной извилине корковую проекционную двигательную зону, каждый отдел которой ответственен за иннервацию определенных групп мышц. Большая часть волокон пирамидного пути совершает перекрест на границе головного и спинного мозга, и поэтому в проекционной двигательной зоне каждого полушария головного мозга представлены все мышцы противоположной половины тела. При этом в верхней трети передней центральной извилины расположены пирамидные клетки, регулирующие произвольные движения и сокращения мышц ног, в средней трети – рук, в нижней – мышц лица. В количественном отношении распределение пирамидных клеток непропорционально иннервируемой массе мышц: наибольшее количество их иннервирует мелкие мышцы, обеспечивающие тонкие дифференцированные движения кисти, речевой акт и мимику, значительно меньше – мышцы туловища и нижних конечностей.

Начинаясь от коры полушарий головного мозга, пирамидный путь проходит через внутреннюю капсулу, ствол мозга, отдавая на своем пути волокна к двигательным ядрам черепных нервов, к другим путям и центрам двигательной (в том числе экстрапирамидной) системы. Пирамидная система имеет многочисленные прямые и обратные связи с различными отделами центральной нервной системы: от рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях и связках, двигательный анализатор получает по проводникам чувствительности информацию о положении тела в пространстве, его позе и о характере выполнения того или иного движения. Кроме того, в корковой проекционной двигательной зоне полушарий головного мозга поступают сигналы от мозжечка, стола мозга, подкорковых узлов; в свою очередь, часть волокон пирамидного пути отщепляется от основного пучка и заканчивается в этих образованиях мозга.

Поражение пирамидной системы может быть вызвано различными по природе патологическими процессами в центральной нервной системе – воспалением, нарушением мозгового кровообращения, опухолью, черепно-мозговой травмой и др.

При поражении передней центральной извилины или пирамидного пути, соединяющего ее с двигательными ядрами черепных нервов или передним рогом спинного мозга, развивается так

называемый центральный паралич (парез), характеризующийся повышением мышечного тонуса, сухожильных рефлексов и появлением патологических рефлексов. В зависимости от уровня поражения пирамидного пути локализация и распространенность центральных параличей различны: при патологическом процессе в области внутренней капсулы возникает гемиплегия – паралич руки и ноги на стороне, противоположной локализации очага. При поражении ствола мозга, как правило, в процесс наряду с пирамидным путем вовлекаются ядра черепных нервов, что приводит к возникновению альтернирующих синдромов – сочетанию гемиплегии на стороне, противоположной очагу, с признаками нарушения функций черепного нерва на стороне поражения. Нарушения пирамидного пути в спинном мозге сопровождаются гемиплегией или параличом ноги на стороне патологического очага, поскольку перекрест волокон находится выше.

Раздражение моторной зоны коры головного мозга вызывает судороги мышц, имеющих представительство в соответствующей проекционной зоне: при раздражении верхней трети передней центральной извилины возникает эпилептический припадок, начинающийся с мышц ноги, при раздражении средней трети – руки, нижней – лица (на стороне, противоположной очагу раздражения в полушарии). Эти припадки носят название парциальных.

**Пластичность центральной нервной системы** – постоянная модификация отдельных нейронов, связей между ними, нейронных сетей под влиянием внешних воздействий, что приводит к изменениям поведенческих реакций. Пластичность ЦНС служит нейробиологической основой компенсации нарушений перцептивно-когнитивного развития детей. Периоды наиболее высокой пластичности ЦНС, когда наблюдается интенсивный структурный рост нейронов и формирование нейронных сетей, рассматриваются как сензитивные периоды в онтогенезе. Эти периоды наиболее благоприятны для компенсаторного развития восприятия.

**Плацебо** (от лат. placebo – понравлюсь) – препарат «пустышка», который не имеет физического действия на тот или иной симптом, но по внешнему виду (запаху, вкусу) имитирует лекарство; применяется для контроля при клиническом исследовании действия новых препаратов, когда одной группе больных предлагают плацебо, а другой – истинное лекарство. В настоящее время применяется в клинической психологии, психиатрии и психосоматике.

**Плацебо-терапия** (от лат. placebo – понравлюсь и греч. therapeia – лечение) – форма психотерапии; характеризуется тем, что

плацебо-эффект используется для достижения терапевтических задач. В качестве суггестивных воздействий, сопутствующих приему нейтральных в психофармакологическом отношении препаратов, могут выступать как поддерживающие убеждения (например, при лечении бессонницы, снятии послеоперационных болей), так и устрашающие (например, в клинике алкоголизма). Есть опыт применения в рамках систематической десенсибилизации при снятии фобических состояний.

**Плацебо-эффект** – феномен внушения, изменения в физиологическом и психологическом состоянии субъекта, вызываемое приемом плацебо (препарата или процедуры-«пустышки», лишь имитирующих лечебное воздействие). Основан на психотерапевтическом действии самого факта приема лекарства и применяется, когда нужно установить степень участия внушения в лечебном действии нового препарата. Данное явление было надежно зафиксировано в 1946 г. Отмечено, в частности, что прием плацебо пожилыми людьми приводит к повышению их интеллектуальной продуктивности в психологических тестах в 42% наблюдений. При длительном использовании намечается снижение эффективности от приема «пустых таблеток». В повышении плацебо-эффекта очень велика роль врача и его установок.

**Плексопатии** – поражение сплетений спинномозговых нервов не воспалительного характера; причины поражения – травмы (в том числе родовая), инфильтрация злокачественными опухолями, радиация (лучевая терапия). В зависимости от локализации различают шейные, плечевые, поясничные и крестцовые плексопатии. Отмечается боль, вялые парезы, выпадение глубоких рефлексов, вегетативные нарушения, нарушение движений в пораженном суставе, расстройство чувствительности.

**Плюс-симптомы** (от греч. *symptoma* – совпадение, признак) – симптомы психических нарушений, содержание которых – появление ранее отсутствовавших свойств. Существуют следующие виды плюс-симптомов:

- душевные – нервозность, усиление побуждения, усиление наплыва мыслей, возбуждение;
- аффективные – раздражительное настроение, беспокойство, страх, внутреннее напряжение;
- вегетативные – бессонница, сердцебиение, повышенное потоотделение, высокое кровяное давление, спазмы желудка и кишечника, прерывистое дыхание.

**Поведение.** 1. Система взаимосвязанных реакций, осуществляемых живыми организмами для приспособления к среде.

2. Внешнее проявление деятельности человека; совокупность поступков. См. также **Девiantное поведение**, **Полевое поведение**, **Социальное поведение**.

**Поведенческая терапия** – методы психотерапии, которые используются в психосоциальной работе и реабилитации. Они опираются на способность человека к целенаправленному и осмысленному изменению поведения. В процессе тренингов, направленных на решение конкретных поведенческих задач, клиент учится справляться с жизненными трудностями и повышает свои способности к самоконтролю и активным действиям.

В процессе проведения сессии можно выделить следующие этапы:

- идентификация поведения клиента;
- определение целей изменений поведения и задач каждого занятия;
- моделирование ситуации по изменению поведения;
- проигрывание ситуации и закрепление необходимого типа поведения (или стремление приблизиться к нему);
- оценка достигнутого результата и внесение коррекции;
- поддержание изменения целевого поведения в реальной жизни.

В процессе психотерапии применяются различные методические приемы: групповая дискуссия, ролевая игра, невербальные упражнения и т. д.

**Поведенческие фенотипы** – группа синдромальных форм врожденных аномалий вследствие мутации гена или хромосомной аберрации, объединенные одним общим признаком – особенностью поведения и умственной отсталостью. В эту группу включаются также состояния неясного генеза, но с характерными поведенческими реакциями – аутизмом (см. **Аутизм**), синдромом Ретта (см. **Синдром Ретта**). Дети имеют узнаваемый внешний вид, для них характерно полевое поведение, поэтому их необходимо распознавать и выделять из недифференцированных форм умственной отсталости для предупреждения повторных семейных случаев. Многие формы поведенческих феноменов имеют общий поведенческий признак – гиперактивность с дефицитом внимания (см. **Синдром гиперактивности с дефицитом внимания**), который может также

быть самостоятельным синдромом и не сопровождаться умственной отсталостью. Как правило, если ребенок без уважительных причин (постнатальное повреждение мозга, сенсорный дефицит, педагогическая запущенность) не способен усваивать сложные навыки и у него преобладают стереотипные формы поведения и особые вычурные движения, то следует подумать о нарушении его психического развития (см. **Задержка психического развития**).

Детям, имеющим подобные поведенческие фенотипы, необходимы специальные методики и индивидуальный образовательный план. Существует лишь несколько синдромов с нарушением развития (в частности, с дефицитом внимания и гиперактивностью), при которых познавательный потенциал можно улучшить, применяя медицинские средства. Реабилитация должна быть направлена на социальную и коммуникативную адаптацию ребенка. С этой целью проводятся индивидуальные и групповые занятия с психологом, логопедом, олигофренопедагогом, сурдологом. В прошлом людей с психическими нарушениями было принято изолировать от общества и применять к ним физические, часто очень жестокие, методы ограничения их свободы. Как правило, это были специализированные детские учреждения и специализированные психоневрологические интернаты. Сейчас существует другая тенденция – ребенок с нарушением когнитивных функций должен жить в обществе людей, по мере своих способностей зарабатывать себе на хлеб, а не находиться на пожизненном иждивении. Во многих странах приняты законы и разработаны государственные программы, дающие психически больным людям чувствовать себя полноправными членами общества. Дети с легкой и умеренной умственной отсталостью, ограниченными физическими возможностями могут посещать занятия в общеобразовательных школах. Считается, что для здоровых детей тоже полезно знать о существовании детей с ограниченными умственными возможностями. Кроме того, больные с умственной отсталостью тщательнее, чем здоровые люди, выполняют работу, связанную со стереотипными движениями.

**Повреждение** – любая утрата или отклонение от нормы анатомических, физиологических или психических структур или функций органа.

**Пограничная умственная отсталость** – термин, принятый в международной классификации психических заболеваний для обозначения состояния между нормальным психическим развитием и легкой дебильностью. Диагностика пограничной умственной

отсталости основывается на количественном измерении интеллекта: к категории страдающих ею лиц относят тех, чей коэффициент интеллекта (IQ) составляет 75 – 80%. В отечественной дефектологии данное понятие практически не употребляется.

**Пограничные состояния** – отклонения, нарушающие нормальную жизнь и деятельность человека, но не приводящие к его инвалидизации.

**Подготовка к жизни** – процесс целенаправленного формирования готовности к участию в видах деятельности, свойственных человеку как социальному существу; выработка способностей к компетентному выполнению задач и успешному разрешению проблем, связанных с этим участием. Исходная посылка состоит в том, что каждый взрослый является носителем комплекса социальных ролей, для надлежащего исполнения которых ему нужны разноплановые установки, знания, умения, навыки. Важно также учитывать быструю изменчивость современной жизни, не позволяющую сохранять функциональную пригодность однажды приобретенной подготовки к жизни в течение длительного времени.

**Подготовка к труду** – целенаправленное формирование у индивида положительного отношения к труду, определенных знаний, умений и навыков, интереса и готовности к труду как основе жизнедеятельности, высшей ценности человека и его жизненных ориентаций, источника саморазвития личности, реализации заложенных возможностей; необходимый элемент социальной адаптации и интеграции инвалида в общество.

**Подготовка профессиональная** – уровень профессиональных навыков или умений, полученных в результате специального профессионального обучения.

- **Начальная профессиональная подготовка** – профессиональные знания и умения, полученные в результате теоретического и практического обучения в системе начального профессионально-технического обучения (профтехучилища, технические училища).
- **Средняя профессиональная подготовка** – профессиональные знания и умения, полученные в результате обучения (теоретического и практического) в системе среднего профессионально-технического образования (техникумы, колледжи, медицинские, педагогические, музыкальные, хоровые, эстрадные училища).

- **Высшая профессиональная подготовка** – профессиональное образование, полученное в результате обучения в системе высших учебных заведений (академии, институты, университеты, высшие военные училища).
- **Послевузовская профессиональная подготовка** – повышение теоретических и практических навыков в рамках конкретной (узкой) специальности.
- **Дополнительная профессиональная подготовка** – повышение теоретических и практических знаний и умений в рамках имеющейся узкой специальности с последующим получением более высокого разряда, сертификата, квалификационной категории.

**Поддерживающая терапия** проводится после завершения первого этапа реабилитации с целью стабилизации и поддержания удовлетворительного состояния и, возможно, более полной социально-трудовой реабилитации индивида, а также предотвращения рецидива заболевания.

**Позвоночник** – осевой скелет человека; состоит из отдельных позвонков, соединенных между собой хрящами, суставами и связками. Различают шейный отдел позвоночника (7 позвонков), грудной (12 позвонков), поясничный (5 позвонков), крестцовый (5 эмбриональных позвонков, сросшихся в одну кость – крестец), копчиковый (3 – 5 срастающихся позвонков). Каждый позвонок состоит из более массивной части, расположенной спереди, – тела позвончика и дуги. Тела и дуги позвонков формируют позвоночный канал, в котором в шейном и грудном отделах расположен спинной мозг, а в поясничном – корешки спинномозговых нервов. Вырезки на дугах позвонков образуют межпозвоночные отверстия, через которые выходят спинномозговые нервы и проходят сосуды. От дуг позвонков в стороны отходят парные поперечные отростки, кверху и книзу – две пары суставных, а от середины кзади – остистый отросток. Размеры позвонков увеличиваются сверху вниз до верхних крестцовых, а затем уменьшаются. Между телами позвонков в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника имеются межпозвоночные диски, состоящие из студенистого ядра и фиброзного кольца. Позвоночник имеет физиологические изгибы: в шейном – кпереди (лордоз), в грудном – кзади (кифоз), в поясничном – кпереди, в крестцовом – кзади. Наиболее подвижны шейные и верхнепоясничные отделы позвоночника со сгибанием и разгибанием, наклонами в стороны и вращением.

**Познавательные процессы** – см. **Когнитивные процессы**.

**Показания к реабилитации** – основания для проведения реабилитационных мероприятий; определяются исходя из особенностей и характера патологического процесса, нарушений здоровья, жизнедеятельности и социальных последствий в виде ограничений активности и участия в трудовой деятельности. Целесообразно различать медицинские, психологические, социальные показания, которые могут быть абсолютными или относительными. Кроме того, в медицине принято говорить о жизненных показаниях.

- **Абсолютные показания** – показания, требующие безусловного проведения данного лечебного (диагностического, реабилитационного) мероприятия.
- **Относительные показания** – показания, не исключающие возможности замены данного лечебного (диагностического, реабилитационного) мероприятия другим.
- **Жизненные (витальные) показания** – показания, требующие немедленного проведения данного лечебного мероприятия в связи с наличием непосредственной угрозы для жизни больного.

**Показатели функционального состояния** – система количественных и качественных признаков, по которым можно оценить функциональное состояние системы или организма в целом и прогнозировать его динамику. Выбор показателей функционального состояния определяется особенностями деятельности и задачами диагностики, например, состояния исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности, объема движений в различных отделах позвоночника.

**Показатель когерентности** – математическая оценка постоянства фазового сдвига биопотенциалов, зарегистрированных от двух областей мозга.

**Полевое поведение** – один из симптомов нарушения эмоционально-волевой сферы; появляется в отсутствии произвольной регуляции ребенком собственных действий. Полевым принято называть поведение, которое пробуждается не собственными внутренними потребностями и мотивами ребенка, а привлеченными его внимание особенностями внешней ситуации. При этом собственные побуждения либо отсутствуют, либо легко угасают под влиянием внешних обстоятельств.

**Политико-правовая модель инвалидности** – см. **Модель инвалидности**.



**Полустационарное учреждение социального обслуживания**  
– см. **Типы учреждений социального обслуживания.**

**Помощь медико-социальная гражданам пожилого возраста**  
– медико-социальная помощь гражданам пожилого возраста и членов их семей, включая одиноких граждан пожилого возраста, направлена на лечение имеющихся у них заболеваний и уход, поддержание их активного образа жизни и социальную защиту в случае болезни и неспособности удовлетворять свои основные жизненные потребности.

**Помощь медико-социальная населению** – профилактическая лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности. Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты. Гарантиями осуществления медико-социальной помощи является оказание гражданам первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, оказание помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, дезинфекционными средствами и иммунобиологическими препаратами.

**Помощь медицинская на дому** – обслуживание на дому пациентов подготовленным и квалифицированным медицинским персоналом, включая медицинских сестер, патронажных медицинских сестер и вспомогательный персонал. К такому обслуживанию относится медицинский уход, пропаганда медицинских знаний и обучение им, рекомендации по питанию, а также двигательная, логопедическая, психолого-педагогическая реабилитация и трудовая терапия.

**Помощь протезно-ортопедическая** – вид специализированной медицинской помощи, предусматривающий частичное или полное восполнение формы и функции пострадавшего органа. Это система медицинских (выявление, консервативное и реконструктивно-восстановительное хирургическое лечение), механических и технических (изготовление и применение протезно-ортопедических изделий и приспособлений), организационных мероприятий с целью медико-социальной реабилитации.

**Попечительство** – форма охраны и защиты личных и имущественных прав граждан (несовершеннолетних или ограниченно судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и пр.). Попечители оказывают подопечным содействие в осуществлении ими своих прав и исполнении обязанностей, а также охраняют их от злоупотребления со стороны третьих лиц.

**Порог восприятия (порог ощущения, порог чувствительности)** – величина раздражителя, вызывающего или меняющего восприятие, ощущение; качественный показатель чувствительности анализатора. Пороги восприятия обратно пропорциональны количественному показателю соответственного вида чувствительности. Их существование – центральная закономерность ощущений. Учение о порогах восприятия говорит о том, как, при каких физических параметрах физический стимул может достигнуть сознания. С этим учением связаны такие понятия, как сенсорная адаптация, взаимодействие ощущений.

Минимальная величина раздражителя, впервые начинающего вызывать ощущение, называется нижним абсолютным порогом восприятия. Верхним абсолютным порогом восприятия называется величина раздражителя, при которой ощущение либо исчезает, либо качественно меняется (например, превращается в болевое, как это бывает при увеличении громкости звука или яркости света). Минимальный прирост величины раздражителя, сопровождаемый едва заметным изменением ощущения, называется разностным порогом восприятия. Отношение величины разностного порога к величине исходного раздражителя определяется как дифференциальный порог.

**Порок культуры** – стойкое анатомо-морфологическое изменение усеченной конечности, препятствующее или затрудняющее протезирование. См. также **Болезни культуры, Порочная культура**.

**Пороки развития (аномалии развития, врожденные пороки, дисплазии)** – врожденные отклонения от нормы строения органа, системы органов или организма. Около 60% пороков развития проявляется в период новорожденности, остальные – в более позднем периоде. Причины могут быть различными: наследственные и инфекционные заболевания матери во время беременности, алкоголизм родителей, бесконтрольное применение некоторых лекарственных препаратов, брак кровных родственников, беременность матери старше 35 лет и отца старше 45 лет, неполноценное питание беременной и др. Примерно в половине

случаев пороки развития являются следствием комбинированного воздействия наследственных факторов и неблагоприятных факторов окружающей среды, во многих случаях причину установить не удается.

К порокам развития относят врожденное отсутствие какого-либо органа (аплазия, агенезия), его уменьшение (гипоплазия) или увеличение (макросомия) в размерах, расположение органа в необычном месте (эктопия, или дистопия), наличие добавочных органов (полидактилия), слияние между собой органов или частей (синдактилия), сохранение эмбриональных щелей (спинномозговая грыжа). Наиболее часты пороки развития опорно-двигательного аппарата (вывихи, косолапость), лица (заячья губа), твердого неба (волчья пасть). Из патологии развития внутренних органов чаще всего встречаются пороки сердца, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы.

Тяжелые пороки развития, особенно множественные, приводят к внутриутробной смерти плода, некоторые – к смерти вскоре после рождения. Многие одиночные пороки развития (конечностей, лица) непосредственной опасности для жизни не представляют.

**Порочная культя** – совокупность нескольких пороков и заболеваний усеченной конечности, не позволяющих осуществить протезирование без комплексной подготовки методами консервативного или хирургического лечения.

**Постнатальный период** – период развития детей непосредственно после родов. В клинической практике применяется для обозначения периода развития ребенка, наступившего непосредственно после рождения.

**Потенциал здоровья** – совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной), и механизмом психической саморегуляции. Высокий потенциал физической и психической дееспособности служит залогом полноценной жизни человека.

**Потенциал личности** – совокупность свойств личности, предполагающих возможность самореализации человека в различных видах деятельности, а также возможность дальнейшего развития личности. В реабилитации принято говорить о реабилитационном (см. **Реабилитационный потенциал**), образовательном (см. **Образовательный потенциал**) и трудовом (см. **Трудовой потенциал**) потенциалах.

**Потенциал социализации личности** – выделяют следующие структурные блоки:

- интеллектуально-психологические качества (глубина и особенности интеллекта, когнитивные способности, ценностные ориентации, уровень притязаний, направленность интересов, психоэмоциональные процессы);
- коммуникативные качества (способности к установлению контактов, общению, информационному обмену, убеждению);
- организаторские и волевые качества (внутренняя собранность и целеустремленность, лидерские способности, дисциплина, требовательность к себе и окружающим);
- нравственно-этические качества (приверженность нравственным принципам и нормам профессиональной этики, добросовестность, коллективизм, трудолюбие);
- социально-психологическая компетентность (способность к взаимодействию с окружающими, умение ориентироваться в социальных ситуациях и конфликтах, адекватная социальная рефлексия и эмпатия).

**Потребительская корзина** – минимальный набор продовольственных и непродовольственных товаров, необходимых для сохранения здоровья человека и обеспечения его жизнедеятельности.

**Потребности (объективные потребности)** – социально-философская категория, обозначающая совокупность факторов, условий и предпосылок, необходимых для нормальной жизнедеятельности социального субъекта. Каждому субъекту, будь то личность, социальная общность, учреждение или организация, присущи объективные потребности четырех видов:

- жизненные потребности;
- потребности функционирования – факторы, составляющие способность действовать, и обстоятельства, позволяющие эту способность адекватно проявлять;
- потребности развития – наличие факторов и условий, способствующих стадийному необратимому изменению;

- потребности прогресса – наличие стимулов возможностей совершенствоваться, обогащать имеющийся потенциал.

**Потребности социальные** – предметно выраженные нужды и виды заинтересованности социальных субъектов в чем-либо, необходимым для нормальной жизнедеятельности и успешного развития.

**Права человека** – совокупность гражданских свобод, обеспечивающих возможность пользоваться имеющимися в обществе условиями для полноценной и приносящей удовлетворение жизни безотносительно к их социальной, национальной и иной принадлежности. К числу важнейших из них относятся право на жизнь и здоровье, неприкосновенность личности, охрану личной жизни, чести и достоинства, право на свободное и всестороннее развитие, реализуемое через систему образования и аналогичные социальные институты. Права человека в конкретно взятом обществе выражаются, охраняются и обеспечиваются посредством системы социальных норм, зафиксированных в его морали и законодательстве. Гарантом их соблюдения служит государство в лице его правоохранительных органов.

**Право граждан пожилого возраста и инвалидов на социальное обслуживание** – граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и/или передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социального обслуживания. Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности (ст. 5 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»).

**Практисис** (от греч. praxis – действие) – способность выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану. Для того чтобы совершить то или иное целенаправленное движение, необходимо

обеспечить согласованную работу различных мышечных групп в нужной для выполнения данного движения последовательности. Кроме того, в каждый момент необходим контроль за правильностью выполнения движения, реализуемый с помощью кинестетической, зрительной, тактильной и других афферентных систем. Весь этот сложный комплекс, работая слаженно, дает возможность осмысленно совершать движения, перемещать предметы и перемещаться самим в пространстве. Такие действия возникают в процессе обучения. Сложные действия формируются на основе кинестезии – непрерывно поступающей информации от проприоцепторов при выполнении любых движений. Значительная роль в формировании и правильности выполнения двигательного акта принадлежит зрительному анализатору. В обучении и выполнении сложных двигательных актов человека особо важное значение имеет речевая сигнализация (устная и письменная). Поэтому расстройства праксиса, связанные прежде всего с патологией кинестетического анализатора, зависят и от поражения речевых функций. С другой стороны, для осуществления последних необходим безупречный праксис речевых органов. Различают кинестетический праксис, пространственный праксис, динамический праксис, бимануально-реципрокную координацию (динамическую организацию двигательного акта). Нарушения праксиса называют апраксией (см. **Апраксия**).

**Пренатальное развитие** (от лат. *prae* – перед и *natus* – рождение) – стадия внутриутробного развития плода, которое затрагивает и психическое развитие. Последовательно развиваются болевая, температурная, сенсорная чувствительность, в частности, к звуковым раздражениям, а также моторика. На последних месяцах беременности рецепция и моторика находятся на достаточном уровне физиологической и функциональной зрелости, чтобы обеспечить адекватный прием экстероцептивной информации и двигательное реагирование после момента рождения.

**Пренатальные факторы риска** – различные условия внешней или внутренней сферы организма, способствующие развитию патологических состояний плода, которые можно разделить на:

- социально-биологические – возраст матери моложе 20 и старше 35 лет, возраст отца менее 20 и старше 40 лет, рост матери ниже 150 см, превышение массы во время беременности более 25%, профессиональные вредности одного из родителей, вредные привычки, неудовлетворительные материально-бытовые условия, чрезмерные эмоциональные нагрузки

- беременной, отрицательное отношение к беременности, низкий уровень образования будущих родителей;
- акушерско-гинекологические – перенесенные аборт, 7–8 и более беременностей, самопроизвольные выкидыши, мертворождения, преждевременные роды в прошлом, смерть детей в неонатальном периоде, аномалии и дефекты развития у ранее рожденных детей, длительное (от 2 лет и более) бесплодие в прошлом, повторная беременность через 3–4 месяца после родов, длительный прием лекарственных средств во время беременности, рентгеновское облучение беременной;
  - экстрагенитальные заболевания матери – острые инфекции во время беременности, хронические специфические и неспецифические инфекции в анамнезе, сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек, эндокринная патология, анемии и пр.;
  - осложнения беременности – токсикозы беременных, кровотечения во время беременности, резус-конфликт, мало- и многоводие, неправильное положение плода, переношенная беременность, угроза прерывания беременности.

См. также **Перинатология**.

**Пренатальный период** – относящийся к периоду перед рождением. В медицине применяется для определения периода внутриутробного развития организма вплоть до наступления момента родов.

**Преходящие нарушения мозгового кровообращения** – см. **Нарушение мозгового кровообращения**.

**Пригодность профессиональная** – совокупность психических и психофизиологических особенностей человека, комплекс качеств, необходимых и достаточных для достижения общественно приемлемой эффективности в той или иной профессии. Не дана человеку изначально, но формируется в обучении и последующей профессиональной деятельности при наличии положительной мотивации. Ее появлению и упрочению способствуют система материальной и моральной стимуляции, удовлетворение, получаемое от деятельности, осознание общественной значимости ее результатов и пр. Такие качества можно прижизненно сформировать в достаточно широком диапазоне. Но время, нужное для формирования

профессиональной пригодности к определенной области, существенно зависит от природных данных индивида, его мотивации и уже имеющейся профессиональной подготовки.

В отношении большинства профессий, не требующих жестко определенных психических и психофизиологических качеств, прогнозирование самой возможности формирования профессиональной пригодности или ее темпа неправомерно. Решающее значение для подобного прогноза имеет характеристика мотивации и рациональности обучения. Когда профессия требует особенностей, не поддающихся развитию, окончательный прогноз делается в зависимости от наличия этих особенностей.

**Приемная гильза** – гильза, предназначенная для размещения культы или деформированной конечности.

**Принципы коррекционно-педагогической работы при восстановлении речи (принципы восстановительного обучения)** – при разработке программ коррекционно-педагогических мероприятий, определений конечной цели восстановительного обучения, постановке конкретных задач на том или ином этапе восстановления речи логопеду необходимо руководствоваться основными принципами восстановительного обучения [Э. С. Бейн; 1982].

Выбор приемов работы зависит от этапов и стадий восстановления речевых функций. Например, на раннем этапе после инсульта работа ведется при относительно пассивном участии больного без объяснения ему задач занятия, без использования схем. На более поздних этапах больному объясняют структуру и план занятия, показывают средства, которыми он может пользоваться при выполнении задания и т. п.

При каждой форме афазии имеется первично нарушенная предпосылка. Восстановительное обучение предполагает такой выбор приемов, который позволил бы либо восстановить первично нарушенную предпосылку, либо реорганизовать сохраненные звенья речевой функции. Например, при сенсорной афазии процесс восстановления фонематического слуха осуществляется путем использования сохранной оптической, кинестетической и смысловой дифференциации; перестройка при этом осуществляется с помощью оптического буквенного обобщения, двигательного-кинестетической артикуляторной формулы звука речи, слогов и слова целиком.

При любой форме афазии необходима работа над всеми сторонами речи независимо от того, какая первичная предпосылка оказывается нарушенной, так или иначе расстраиваются и экспрессивная речь, и понимание, и письмо, и чтение.



Следует развивать самоконтроль больного за речью, т. к. лишь при понимании больным характера своих ошибок можно создать условия для контроля за речью, коррекцией литературных или вербальных парафазий, планом повествования и пр.

В связи с тем, что речь является основным средством общения людей, следует не только преодолевать дефекты первично нарушенной предпосылки, но и прежде всего, восстанавливать коммуникативную функцию речи.

Следует выявлять сохранные функциональные системы, которые служат материальной базой для перестройки той или иной нарушенной анализаторной системы и ее вклада в нормальную сложную психическую функцию для развития произвольного, фиксированного зрительного, слухового или кинестетического внимания больного для сравнения цели и результата действия.

Задачи обучения меняются по мере восстановления речевых возможностей больного. Например, после улучшения произносительной стороны речи необходимо восстанавливать структуру фразы и т. д.

**Принципы социальной реабилитации** – исходные базовые положения, выполнение которых способствует высокой организации и обеспечению эффективности реабилитационной деятельности. К числу таких принципов относятся [Т. В. Зозуля; 2001]:

- раннее начало реабилитационных мероприятий – реабилитационные мероприятия должны начинаться при врожденной патологии – с первых дней жизни ребенка, у взрослого - на последнем этапе лечения и дополнять его. Цель раннего вмешательства – уменьшение осложнений болезни или травмы, предотвращение развития необратимых органических, психологических и функциональных изменений, явлений «госпитализма»;
- преемственность и комплексность оказываемой помощи – согласованное проведение реабилитационных мероприятий специалистами разного профиля и на разных уровнях – институциональном, внутриведомственном, межведомственном;
- ступенчатость, непрерывность и завершенность – рационально параллельное проведение комплексных реабилитационных мероприятий с постоянно увеличивающейся функциональной и смысловой

нагрузкой, от простых процессов к сложным. Каждый этап и вид реабилитации должны быть ориентированы на конкретную реально возможную задачу, при решении которой ставится новая. Длительность реабилитационного процесса определяется потребностью в каждом конкретном случае - от нескольких недель до многих лет;

- индивидуальный подход – выбор комплекса реабилитационных мероприятий и места их проведения определяется всем многообразием психофизических, личностных и социальных характеристик реабилитируемого;
- единство психосоциальных и биологических методов воздействия реабилитации подразумевает оказание помощи вне стационарных учреждений, в естественном окружении.

**Принципы социально-педагогической реабилитации в кондуктивной педагогике** – исходное начало, более или менее общее для данного явления. Следует отличать от правила, под которым понимается определенная норма, отражающая обязательный характер деятельности, и исходит из требований принципа. Под принципом в социально-педагогической реабилитации детей-инвалидов понимают исходные, базовые положения, выполнение которых способствует высокой организации и обеспечению эффективности реабилитационной деятельности. К числу таких принципов в кондуктивной педагогике относят следующие [Л. В. Мордахаев; 2001].

Принцип природосообразности диктует необходимость тщательного учета в процессе социально-педагогической работы с ребенком общих законов развития природы; другими словами, его естественных возможностей, что позволяет наиболее полно использовать индивидуальные особенности и возможности каждого ребенка в процессе их направленного, целесообразного и наиболее полного развития. К основным требованиям данного принципа следует отнести знание законов и закономерностей развития и воспитания человека и умение строить в соответствии с ними свою социально-педагогическую работу; максимальное использование индивидуального потенциала ребенка, его активности, учитывая особенности нарушения; учет актуального уровня развития ребенка и особенностей нарушений, выявленных при диагностике и на основе постоянного наблюдения; учет генетического хода развития

нормально развивающихся детей; учет сенситивных периодов в развитии; учет потенциального уровня развития (зоны ближайшего развития ребенка).

Принцип мобилизации подразумевает под собой мобилизацию и стимулирование самоактивности ребенка в рамках выполняемой деятельности, в основе лежит активное использование потенциала самой личности и ее активность в реабилитационном процессе.

Принцип создания ощущения физической и психологической безопасности создает наиболее комфортное состояние, доверие к тому, с кем происходит взаимодействие, только в этом случае ребенок может наиболее полно проявить себя.

Принцип индивидуального подхода учитывает, что каждый ребенок индивидуален (в возможностях, самопроявлении, активности, течении заболевания и пр.), позволяет учитывать тип ведущей деятельности и, опираясь на него, стимулировать самопроявление и активность в реабилитационном процессе.

Принцип целесообразного использования интеграционных возможностей. В основе лежит реализация индивидуальных различий ребенка; совместная (интеграционная) среда стимулирует взаимодействие детей, показывает образцы самопроявления и стремления к самоактивности; в реабилитационной работе это выступает одним из важных условий действенности.

Принцип гуманизма означает систему взглядов, признающих ценность человека как личности, его право на свободу самоопределения, защиту и охрану его здоровья и жизни. Сущность данного принципа в реабилитационной работе означает приоритетность социальной ценности человека, создание условий для защиты его прав, развития и воспитания, оказание ему помощи в жизненном самоопределении и интеграции в общество. В реализации принципа заключается, однако, противоречие. С одной стороны – необходимо проявлять максимальную заботу, с другой – наиболее полно включать ребенка, порой «через не могу» в самопроявление и активную деятельность.

**Причины инвалидности** – законодательно различают следующие причины инвалидности, которые влекут различные правовые последствия:

- инвалидность по общему заболеванию (к данной категории относится увечье, не связанное с производственной травмой или работой);
- инвалидность вследствие трудового увечья;

- инвалидность вследствие профессионального заболевания;
- инвалидность с детства;
- инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья);
- инвалидность, связанная с боевыми действиями во время Великой Отечественной войны;
- инвалидность вследствие военной травмы или заболевания, полученного в период военной службы;
- инвалидность, связанная с ликвидацией аварии на ЧАЭС;
- инвалидность, связанная с последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска (см. **Инвалидность**).

**Прогноз** – предвидение чего-либо на основании известных фактических данных, определение тенденции развития на основе анализа состояния в прошлом и настоящем (см. **Прогноз клинический, Прогноз реабилитационный, Прогноз трудовой**).

**Прогноз клинический** – врачебное предвидение исхода заболевания (степени сохранения здоровья и жизни пациента) с учетом характера заболевания и его течения, стадии, выраженности симптомов, степени нарушения функции пораженных органов и систем, состояния их компенсации, а также эффективности адекватного лечения. Клинический прогноз может быть: хорошим (благоприятным), сомнительным, плохим (неблагоприятным), очень плохим, предвещающим летальный исход.

**Прогноз реабилитационный** – см. **Реабилитационный прогноз**.

**Прогноз трудовой** – предсказание трудовых возможностей больного или инвалида, его способности возобновления или продолжения трудовой деятельности в соответствии с имеющейся профессией или по другой специальности в полном или ограниченном объеме. Трудовой прогноз – понятие динамическое и опирается, прежде всего, на клинический прогноз (см. **Прогноз клинический**).

**Программа Макзури** – программа ранней педагогической помощи детям с синдромом Дауна, основные особенности которой заключаются в следующем:

- развитие и обучение больных детей основным навыкам и умениям осуществляются в том порядке, в котором они формируются у здоровых детей;

- овладение определенными навыками и умениями является как бы результатом восхождения по маленькой лестнице, на которой выделяются маленькие ступеньки, передвижение по этим ступенькам должно доставлять и ребенку, и взрослому радость;
- программы обучения формируются индивидуально и ориентированы на уровень развития и возможности каждого ребенка в отдельности;
- обучающие приемы должны легко усваиваться детьми и не требовать специальной техники;
- в роли основных учителей должны выступать родители.

**Программа обязательного медицинского страхования** – это объем и условия оказания медицинской помощи на федеральном, региональном и местном уровне. Базовая программа включает следующие виды медицинской помощи: первичную медицинскую помощь, мероприятия по профилактике заболеваний, стоматологическую помощь, стационарную помощь, лекарственную помощь в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, дающих право на льготы. Медицинские учреждения в соответствии с законодательством и условиями договора по медицинскому страхованию несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне.

**Программа развития детей с синдромом Дауна** – программа медико-социальной помощи и ранней диагностики возможных отклонений, осуществляемая по следующим направлениям:

***на первом году жизни:***

- профилактика различных инфекционных заболеваний;
- предупреждение запоров и непроходимости кишечника;
- неврологическое обследование и последующее лечение;
- наблюдение ортопеда, отоларинголога, офтальмолога, кардиолога и эндокринолога;
- занятия по программе ранней педагогической помощи;

- проведение 3 – 4 курсов лечебной гимнастики и оздоровительного массажа;
- обучение технике массажа родителей;
- социально-психологическое сопровождение семьи.

***в возрасте от 1 года до 12 лет:***

- диагностика уровня развития ребенка (2 – 4 раза в год);
- оценка эффективности занятий с ребенком по программе ранней педагогической помощи (6 – 8 раз в год);
- наблюдение педиатра, кардиолога, отоларинголога, офтальмолога, кардиолога, эндокринолога, стоматолога (не реже 1 раза в год);
- профилактика апноэ;
- предупреждение сильного храпа;
- проведение специального рентгенологического исследования шейных позвонков в 3 года и в 12 лет;
- подготовка к школе и медико-психологическая помощь в процессе школьного обучения;
- социально-психологическая помощь семье;
- проведение оздоровительного массажа (3 – 4 раза в год) и занятий лечебной физкультурой (не менее 10 курсов в год);
- интеграцию ребенка в различные детские коллективы;
- логопедические занятия;
- профилактика и коррекция возможных отставаний в развитии и отклонений в поведении;
- общеукрепляющее лечение.

***в возрасте от 12 до 18 лет:***

- сохранение преемственности в наблюдении врачей узкой направленности;
- постоянное (диспансерное) наблюдение педиатра, терапевта, реабилитолога и психолога;
- анализ эффективности образовательной (школьной) программы;
- предупреждение отклонений в половом развитии;
- коррекция отклонений в поведении ребенка;
- предупреждение ожирения;
- рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника в возрасте 18 лет;

- логопедическая помощь;
- рациональная организация досуга;
- общеукрепляющее лечение;
- занятия лечебной физкультурой;
- профилактика пристрастия к вредным привычкам;
- социально-психологическая поддержка семьи;
- подготовка к продолжению образования;
- профессиональная ориентацию.

**Программа реабилитации** – система мероприятий, направленная на развитие (восстановление, компенсацию) возможностей инвалида и всей его семьи, если речь идет о ребенке-инвалиде. Разрабатывается непосредственно в реабилитационном учреждении врачом, педагогом, психологом, дефектологом, логопедом, специалистом по социальной работе и другими специалистами, организующими и координирующими ее на основании индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

**Программа реабилитации базовая** – гарантированный государством перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно.

**Прогрессирующие нарушения мозгового кровообращения** – см. **Нарушение мозгового кровообращения**.

**Продуктивная деятельность** включает такие виды деятельности, которые отвечают целям общества и обеспечивают поддержку для себя и своей семьи через производство товаров и услуг. Хотя традиционно определения продуктивности включали только оплачиваемый труд, в современных определениях признается важность таких видов деятельности, за которые не выплачивается прямое денежное вознаграждение, но которые тем не менее жизненно важны для благополучия как конкретной семьи, так и более широких социальных систем. Это выполнение некоторых обязанностей – работа по хозяйству, родительские обязанности и пр. Природа, организация и стандарты продуктивной деятельности в большей части социально детерминированы.

**Прожиточный минимум** – стоимость потребительской корзины (см. **Потребительская корзина**), а также обязательные платежи и сборы.

**Проксимальный** – наиболее близкий к средней линии тела отдел конечности.

**Пронация** – поворот руки в локтевом суставе внутрь, ладонью вниз.

**Проприоцептивная нейромышечная фасцилитация (метод PNF)** – техника, основанная на применении специальных раздражений с целью способствования или усиления реакции нейромышечного механизма через раздражение проприоцепторов; соответствует нормальным реакциям нейромышечного механизма. Метод PNF можно определить как метод усиления волевого мышечного сокращения путем стимуляции проприоцептивных нервных окончаний. Название предложено Г. Кабатом. Лечебное воздействие PNF состоит не только в однократном облегчении волевых движений при выполнении упражнения. Повторение возбуждения по приводящему пути нервной системы приводит к постепенному облегчению нервно-мышечной проводимости по тому же пути, вероятно, в связи с уменьшением синаптического сопротивления.

Кабат отмечает, что движения, требующие большого усилия в работе и спорте, выполняются по диагональной траектории. Анализ некоторых повседневных движений такого рода (рубка дров, работа лопатой) оправдывают мнение автора метода. Схемы физических упражнений, выполненных по диагонали, имеют то преимущество, что вовлекают в движение большое количество мышечных групп и приводят к более быстрым результатам (ускоряют реакцию мышц на их сокращение).

Принцип посменного действия антагонистов, создающий мощный источник облегчения мышечного сокращения, основывается на законе последовательной индукции Шеррингтона, согласно которому у позвоночных животных, сейчас же после возбуждения рефлекса сгибания, возбудимость рефлекса разгибания сильно нарастает.

**Проприоцептивный** – прием раздражения рецепторов внутри собственных тканей.

**Проприорецепторы** (от лат. *proprius* – собственный, особенный и *capere* – получать) – чувствительные нервные окончания, расположенные в мышечно-суставном аппарате (мышцах, связках, суставных сумках).

**Протанопия** – см. **Дальтонизм**.

**Протезирование** (от греч. *prosthesis* – присоединение, прибавление) – обеспечение больных и инвалидов разнообразными протезами и ортопедическими изделиями как для восполнения анатомических дефектов, так и с лечебной целью; специальный вид лечебной помощи больным и инвалидам, предусматривающий частичное или полное восполнение формы и функции органа, пострадавшего в результате травмы, заболевания или порока развития.



Протезирование тесно связано с травматологией, ортопедией и реконструктивно-восстановительной хирургией. Вопросами протезирования больных и инвалидов занимаются органы здравоохранения, социального обеспечения. С целью оказания протезно-ортопедической помощи населению почти в каждом регионе имеются протезно-ортопедические предприятия, где осуществляется сборка протезов и ортезов (ортопедических аппаратов) из полуфабрикатов, изготавливаемых на специализированных заводах. Различают анатомическое и лечебное протезирование, а также протезирование сложное и простое; особое место занимает слуховое протезирование.

- **Анатомическое протезирование** – протезирование конечностей, суставов, зубов и челюстей, а также создание эпитезов (ушных раковин, носа, пальцев, молочных желез и т. д.), зубных и глазных протезов; осуществляют у инвалидов, лишившихся части или всей конечности.
- **Лечебное протезирование** – обеспечение больных корсетами и ортопедическими аппаратами, ортопедической обувью, лечебными бандажами и пр.; проводят в процессе лечения больных с последствиями травм и заболеваний конечностей, позвоночника, центральной или периферической нервной системы, а также после оперативных вмешательств на органах опоры и движения.
- **Сложное протезирование** – протезирование, выполняемое в соответствии с индивидуальным технологическим процессом и использованием традиционно применяемых материалов и модулей. Индивидуальный технологический процесс отличается от типового нестандартной методикой снятия слепка, изготовлением промежуточной (пробной) приемной гильзы, приемной гильзы особой формы, дополнительными этапами пробной носки с многократной регулировкой протеза.
- **Атипичное протезирование** – разновидность сложного протезирования, требующее наряду с индивидуальным технологическим процессом модификации типовых или изготовления индивидуальных модулей.
- **Простое (типовое) протезирование** – протезирование, выполняемое в соответствии с типовым технологическим

процессом и использованием традиционно применяемых материалов и модулей. Выполняется поточно-пооперационным (конвейерным) методом и может производиться амбулаторно. Типовое протезирование возможно в упрощенной форме, когда культеприемники изготавливаются не по слепку, а используются приемные гильзы типоразмерного ряда (максимальной готовности).

При протезировании по поводу дефектов опорно-двигательного аппарата ведущая роль принадлежит врачу-ортопеду, который осуществляет выбор протеза с учетом индивидуальных особенностей, характера дефекта и течения заболевания. В современных конструкциях протезов используются различные виды приводных систем – механические, пневматические, электрические, что дает возможность значительно повысить их функциональные возможности и надежность.

**Протезирование лечебно-тренировочное** – первичное или этапное временное протезирование конечности(ей) для лечебного воздействия на усеченную конечность и более раннего восстановления стереотипов стояния, ходьбы, самообслуживания.

**Протезно-ортопедическая помощь** – специальный вид медико-технической помощи, включающий комплекс восстановительного консервативного и хирургического лечения, снабжения больных и инвалидов протезно-ортопедическими изделиями (ПОИ) и обучение пользования ими. К ПОИ относятся корсеты, ортезы, ортопедическая обувь, протезы.

**Протезно-ортопедическое предприятие** – предприятие, состоящее из медицинских и производственных подразделений, предназначенное для протезирования лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата.

**Протезы** – временные или постоянные механические приспособления, заменяющие отсутствующие части конечности или другие части тела и органы; служат для косметического и (или) функционального восполнения дефекта.

**Противопоказания** – запрет проведения определенных реабилитационных мероприятий на основании особенностей характера, локализации, течения патологического процесса и вызванных им расстройств; могут быть абсолютными и относительными.

- **Абсолютные противопоказания** – исключение, недопустимость определенного диагностического

мероприятия, метода лечения, варианта трудоустройства и пр.

- **Относительные противопоказания** указывают на значительную в конкретном случае опасность и на необходимость принятия особых мер предосторожности либо выбора, хотя и менее эффективного, но более безопасного метода реабилитации.

**Профессиограмма** – подробное описание характера трудовой деятельности и условий производственной среды лиц определенной профессии с точки зрения их возможного влияния на психологические функции работающих, их работоспособность и состояние здоровья; включает также требования, предъявляемые работнику (качества личности, особенности мыслительных процессов, знания, умения, навыки и пр.).

**Профессиография** – технология изучения требований, предъявляемых профессией к личностным качествам, психологическим способностям и физиологическим возможностям человека. Применяется для разработки информационных, диагностических, формирующих и коррекционных программ по обеспечению взаимодействия человека и профессии.

**Профессиональная деформация** – изменение качеств и свойств личности (стереотипов восприятия, ценностных ориентаций, характера, способов общения и поведения) под влиянием профессиональной деятельности.

**Профессиональная консультация** – форма профессиональной ориентации; стратегия психологической помощи индивиду при выборе профессии и планировании профессиональной карьеры. Осуществляется на основе анализа физических и психологических особенностей индивида (общие и профессиональные интересы, способности, общая и специальная подготовка), а также структуры и динамики рынка труда (медицинские и психологические требования к работнику данной профессии, противопоказания, возможность трудоустройства и обучения).

**Профессиональная ориентация** – научно-организованное информирование о профессиях в целях практической помощи в выборе профессии с учетом склонностей, интересов и сформировавшихся способностей и физиологических возможностей. Система мероприятий по включению индивида к миру труда включает в себя профессиональное просвещение, информирование о мире профессий; профессиональное воспитание, выработку профессионально важных

личностных качеств (работоспособность, ответственность); профессиональное консультирование.

**Профессиональная педагогическая этика (профессиональная этика педагога)** – в современной этико-педагогической литературе существуют различные подходы к определению сущности и содержания профессиональной этики педагога. В основном профессионально-педагогическая этика определяется через категорию «отношение» и представляет собой свод принципов и правил отношения педагога к воспитаннику. Если рассматривать этот вопрос с позиции управления, т. е. как процесс управления формированием и развитием личности ребенка как субъекта деятельности в контексте современной культуры, то станет ясно, что специфика профессионально-педагогической этики выступает условием реализации цели воспитания.

В качестве основания профессионально-педагогической этики выделяются следующие ценности, выступающие как необходимые и достаточные объекты работы педагога с детьми, коллегами, родителями: «мир», «человек» («другой»), «я». Отношения учителя с учеником выстраиваются в процессе деятельности, которую он разворачивает перед воспитанниками в процессе отношения его к миру, другому, своему Я. В основе отношения «педагог-родитель» лежит забота о развитии подростка, его индивидуальности, но опять же в контексте его становления как человека, осознающего свое Я в этом мире, взаимоотношения с другими, отношения к миру. Фундаментом, на котором строится отношения педагога к коллегам, является профессиональное дело, и определяется оно видением того, что есть человек в этом мире, степенью осознания своей роли и места в воспитательном процессе – своего Я.

Выделенные основания определяют этические принципы профессиональной этики воспитателя, необходимо реализующиеся в каждый момент его работы с детьми, коллегами, родителями: принцип доверия к другому, принцип интереса и принцип свободы каждого участника воспитательного процесса. Практическая реализация педагогом этических принципов осуществляется посредством трех взаимосвязанных этических профессиональных умений: транзакции своего Я (только доверяя другому, я могу транслировать свое Я, свое представление о человеке, свое видение мира); взаимной транзакции (это происходит только тогда, когда мне интересен другой человек, его внутренний мир, ценности, идеалы, представления, то есть его Я); только признавая свободу другого, право его Я на свободу выбора в

процессе взаимодействия с миром и человеком, я могу предложить помощь другому.

**Профессиональная пригодность** – комплекс качеств индивида, требующихся для обучения и дальнейшего эффективного труда в той или иной профессиональной области. Данные качества могут быть прижизненно сформированы в достаточно широком диапазоне. Но время, необходимое для формирования профессиональной пригодности к определенной области, существенно зависит от природных данных индивида, его мотивации и уже имеющейся профессиональной подготовки. Для выявления индивидуальной профессиональной пригодности на основе использования психологических, психофизиологических, медицинских, антропологических критериев применяют различные методические средства: тесты достижений, тесты уровня профессионально важных психофизиологических и психических функций, методики мотивации.

**Профессиональная пропаганда** – совокупность мероприятий, имеющих целью распространение общих знаний о различных профессиях и условиях труда с целью формирования у будущих абитуриентов правильных представлений на возможности данной профессии. Проводится посредством лекций, издания журналов, брошюр, наглядных пособий, радио-, кино- и телепередач.

**Профессиональная реабилитация** – см. **Реабилитация профессиональная**.

**Профессиональная среда** включает содержание труда, состояние оборудования и инструмента, ритмичность работы, квалификацию, а также организацию производства, соответствующие документы и инструкции, определяющие систему оплаты труда, трудовую дисциплину, должностные обязанности.

**Профессиональная этика медицинского работника** - см. **Этика медицинская**.

**Профессиональная этика педагога** – см. **Профессиональная педагогическая этика**.

**Профессионально важные качества** – качества, обязательные для обеспечения трудового процесса (работы) в данном виде трудовой деятельности.

**Профессионально значимые качества и функции** – свойства личности и организма человека, совокупность которых обеспечивает его высокую эффективность в конкретной профессиональной деятельности. Совокупность профессионально значимых качеств и функций по своей сути является показателем потенциальных и

актуальных способностей к данной деятельности, некоторые из них могут иметь врожденный, другие – приобретенный характер. Их отсутствие или утрата приводит к стойким ошибочным профессиональным действиям.

**Профессиональное информирование** – процесс обеспечения инвалидов необходимыми сведениями профессионального характера (о структуре народного хозяйства, видах труда, различных профессиях и специальностях, предъявляемых ими требованиях к работнику, о профессиональных возможностях, о рынке труда, возможностях профессиональной подготовки и трудоустройства).

**Профессиональное развитие** – происходящий в онтогенезе человека процесс социализации, направленный на присвоение им различных аспектов мира труда, в частности профессиональных ролей, профессиональной мотивации, профессиональных знаний и навыков. Основной движущей силой профессионального развития является стремление личности к интеграции в социальный контекст на основе идентификации социальным группам и институтам. В различных культурно-исторических и биографических условиях это стремление выражается в ориентациях на разные профессиональные области, характеризующиеся особым предметом труда (горизонтальная ориентация), и на разные квалификационные уровни, обусловленные объемом и качеством общего и профессионального образования (вертикальная ориентация). На психотехническом этапе развития профессиональной психологии основным выступало понятие профессиональной пригодности человека – по его психофизиологическим показателям (скорость реакции, утомляемость, устойчивость внимания и т. д.) к конкретной профессии.

Другой детерминантой профессионального развития выступают условия социализации ребенка. В самой популярной в настоящее время концепции Д. Сьюпера даются описания рядов стадий и этапов профессионального развития, различающихся типичными задачами. Здесь в качестве основного механизма профессионального развития рассматривается развитие Я-концепции при соотношении опыта собственных достижений и личностных проявлений с социальными требованиями, при идентификации значимым другим и проигрывании различных социальных ролей. Теории, опирающиеся на психологию принятия решений, основное внимание уделяют столкновению человека с проблемными ситуациями профессионального развития и процессу их разрешения, который может быть представлен, например, следующими этапами: возникновение новой ситуации, поиск наличных альтернатив, оценка альтернатив в аспекте цели (оценка

ценности успеха и неуспеха; антиципация престижа, вознаграждения или удовлетворения; выдвижение критериев профессиональной карьеры, сложности производственной деятельности, доступности образования и рабочих мест), выбор и реализация наиболее адекватной альтернативы, согласование решения в аспекте социальной динамики.

**Профессиональное самоопределение** – процесс формирования личностью своего отношения к профессионально-трудовой среде и способ ее самореализации, составная часть целостного жизненного самоопределения; предполагает наличие определенного профессионального выбора, профессиональных предпочтений, выбор карьеры, сферы приложения и саморазвития личностных возможностей.

**Профессионально-производственная адаптация** – см. Адаптация.

**Профессиональные болезни** – заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса. Распространенность таких заболеваний зависит от социально-экономических условий труда, степени совершенства технологических процессов, технического оснащения производства, соответствия производственных условий гигиеническим требованиям. Профессиональные болезни могут возникать в результате действия физических, химических, биологических факторов и факторов трудового процесса. Для определения принадлежности заболевания к числу профессиональных пользуются списком профессиональных заболеваний и инструкцией по применению этого списка.

**Профессиональные возможности** – система способности к еще не совершаемым видам профессиональной деятельности, оценка которых проводится путем изучения актуальных способностей. Трансформация потенциальных способностей в актуальные происходит в ходе самой деятельности, профобучения за счет специальных учебно-воспитательных, тренинговых, коррекционных мероприятий. Определение профессиональных возможностей – одна из основных задач медико-социальной экспертизы, опирающаяся на оценку функционального состояния организма, изучение психологического статуса, определение системы медицинских показаний и противопоказаний к различным условиям профессиональной деятельности и различным профессиональным нагрузкам.

**Профессиональные интересы** – элементы мотивационно-потребностной сферы; обращены на различные виды профессиональной деятельности и побуждают к овладению ими. В ряду других форм мотивации, связанных с преобразованием предмета деятельности, профессиональные интересы по механизмам эмоционального удовлетворения связаны не столько с продуктом, или результатом деятельности, сколько с процессом. Характерно, что их удовлетворение не приводит к психологическому насыщению, так как они поддерживаются самооценными переживаниями захваченности. Профессиональные интересы развиваются в контексте ведущих деятельностей, свойственных тому или иному этапу психического и профессионального развития (Р. Золле, Д. Сьюпер). В этом развитии они проходят ряд стадий: зарождение отдельных интересов, их оформление в предметном контексте, начало формирования системы интересов (ее аморфность) и ее кристаллизация, наступающая, по мнению Э. Тодта, до 15 лет и являющаяся одним из основных признаков зрелости профессиональных установок. В развитии профессиональных интересов большую роль играет половая дифференциация: девушки больше ориентированы на межчеловеческие отношения, а юноши – на достижение независимости. В частности, при выборе технических специальностей девушки более интересуются совершенствованием технологий и использованием их для социальных нужд, юноши – оптимизацией конструкций. По мере вхождения в профессию половые различия все больше стираются (Я. Хардинг).

**Профессиональные судороги** – см. Гиперкинез.

**Профессиональные установки** – система ориентаций субъекта профессионального развития на социальные требования по присвоению профессиональной деятельности, психологическая готовность к решению специфически возрастных задач вхождения в мир профессий. Выражают собой личностную активность субъекта деятельности и относятся к смысловым установкам, возникающим в ходе общего и профессионального развития. По своим психологическим механизмам профессиональные установки действуют на основе мотивации достижения, выступая в качестве иерархически более высокого уровня, чем профессиональные намерения и профессиональные решения. Важную роль при их реализации в профессиональном поведении играют прогнозирование субъектом профессионального развития успешности (или неуспешности) своих попыток профессиональной интеграции с социумом, с одной стороны, и оценка им своих ценностей, с другой.



Тесно связаны с эмоциональными состояниями, в частности, успешное профессиональное развитие осуществляется в большинстве случаев при поддержке эмоций стенического круга (усердие, честолюбие, решительность). Развитие профессиональных установок включается в процесс общего психического развития, что заставляет рассматривать их в контексте задач возрастного развития. Успешные решения человеком различных жизненных задач, накапливаясь и генерализуясь, приводят к образованию в личностной структуре комплекса компетентности, который затем может реализовываться в форме тех или иных установок при столкновении с новыми классами задач, в том числе с задачами профессионального развития.

Задачи профессионального развития и критерии их решения соответствуют институтам общего и профессионального образования и могут быть представлены следующим рядом: выбор профессии как завершение общего образования; профессиональное самоопределение в профессиональном обучении; достижение высокой производительности при адаптации к профессиональной деятельности; профессиональная самореализация и овладение мастерством (Т. В. Кудрявцев, В. Ю. Шегурова). Если профессиональные установки индивида адекватны тем задачам, которые предъявляются в соответствии с возрастом, то принято говорить об их зрелости.

В ситуации выбора профессии профессиональные установки должны не только обусловить достаточно рациональное решение, но и позволить справиться с вторичными эмоциональными проблемами. Непривычно большая ответственность, возлагаемая на подростка при профессиональном выборе, обычно приводит его к состоянию эмоциональной растерянности, порождает чувства брошенности и принуждения, вызывает желание отложить решение (W. Jaide). Индивидуальные реакции, в которых проявляются профессиональные установки, на это бывают очень разные. Так, выделяют типовые профессиональные установки с преобладанием нерешительности, послушности, меркантилизма или целеустремленности [Ф. Седлак, 1984]. В соответствии с моделью Д. Сьюпера, для эффективного профессионального выбора необходимы: дифференцированность Я-концепции субъекта профессионального развития, доверие к себе; рациональность решения жизненных задач; достижение автономии; ориентация на будущее; сформированность профессиональных интересов и общих трудовых навыков; некоторый опыт практической работы.

**Профессиональный отбор.** 1. Принятие кадровых решений на основе изучения и прогностической оценки пригодности людей к овладению профессией, выполнению профессиональных обязанностей и достижению необходимого уровня мастерства. Осуществляется при комплексном использовании ряда критериев: медицинского, физиологического, педагогического и психологического.

2. Установление пригодности человека к выполнению определенного вида труда или к освоению той или иной профессии. Медицинские показания, принимаемые во внимание при проведении профессионального отбора, подразделяются на противопоказания, предъявляемые требования к конкретной профессии, и противопоказания, связанные с нарушением в состоянии здоровья, которые могут усугубиться под влиянием условий труда. Заключение о профессиональной пригодности дают медицинские комиссии.

**Профессиональный подбор** – процесс выбора из всей совокупности профессий тех из них, которые в наибольшей степени соответствуют индивидуальным особенностям человека. В отличие от профессионального отбора, когда точкой отсчета являются требования профессии к исполнителю заданных профессиональных обязанностей, при профессиональном подборе во главу угла ставятся индивидуальные особенности человека, его приоритеты, интересы, способности и наклонности.

**Профессиональный рост** – продвижение работника по ступеням квалификационной лестницы и служебной иерархии и связанные с ним благоприятные изменения в социальном статусе – рост заработной платы, переход на более содержательные виды труда и т. д.; как правило, связан с повышением образовательного уровня.

**Профессиональный статус** отражает основные характеристики профессиональной деятельности человека: уровень общего и профессионального образования, профессиональный маршрут, состояние профессионально важных качеств, квалификация, социально-экономический статус в настоящий момент, выполняемая к моменту диагностики работа, общий трудовой стаж.

**Профессия** – род трудовой деятельности (занятий) человека, владеющего комплексом специальных теоретических знаний и практических навыков, приобретенных в результате специальной подготовки, опыта работы. Наименование профессии определяется характером и содержанием работы или служебных функций, применяемыми орудиями труда.

**Профилактика** (от греч. prophylaktikos – предохранительный, предупредительный) – система государственных, социальных,

гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение заболеваемости; является ведущим разделом медицины. Уровень профилактики в стране отражает характер общественно-экономических, научно-технических и политических условий жизни общества. См. также **Профилактика инвалидности.**

**Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних** – система социальных, правовых, педагогических и иных мер, включающая индивидуальную профилактическую работу с несовершеннолетними и их семьями, находящимися в социально опасном положении (см. **Индивидуальная профилактическая работа, Социально опасное положение**); направлена на выявление и устранение причин, следствием которых могут быть безнадзорность, беспризорность, правонарушения и другие антиобщественные действия несовершеннолетних.

**Профилактика инвалидности** – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности; совместно с реабилитацией выступает как единая система. Различаются:

- первичная профилактика – проводится в донологический период и направлена на предотвращение развития заболевания у лиц, относящихся к группе риска по тому или иному заболеванию; с социальной точки зрения этот вид реабилитации наиболее перспективен, экономически более рентабелен;
- вторичная профилактика – проводится в период заболевания или в состоянии ремиссии, ее целью является предотвращение обострения текущего заболевания, снижение темпов развития патологических процессов, инвалидизации и осложнений;
- адресованная лицам, у которых после перенесенных заболеваний появились необратимые последствия и инвалидность, основная профилактическая задача на данном этапе – уменьшение инвалидизирующих симптомов, в том числе на уровне социального функционирования.

**Процессы когнитивные (познавательные процессы)** – психические процессы, направленные на познание окружающего мира (восприятие, мышление, память, внимание).

**Психастения** – болезненное состояние психики, проявляющееся нерешительностью, боязливостью, впечатлительностью, мнительностью, склонностью к навязчивым состояниям. Психастеникам трудно начать какое-либо дело: они принимают решение, потом отступают, снова собираются с силами... Если психастеник что-то решил, он должен осуществить это сразу, торопя события и опасаясь, как бы что-нибудь не помешало совершить задуманное.

**Психиатрическая помощь** включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным законом, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципа законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина. Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом. Государством гарантируются следующие виды психиатрической помощи:

- неотложная психиатрическая помощь: консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;
- все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;
- социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
- решение вопросов опеки;
- консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;
- социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

- психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

**Психиатрическое освидетельствование** проводится для определения, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи. Психиатрическое обследование, а также профилактический осмотр проводится по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, призванного в установленном законом порядке недееспособным, – по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде. Психиатрическое освидетельствование может быть проведено без согласия обследуемого или его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих или его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, а также в случае существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

**Психическая зависимость** – см. **Зависимость**.

**Психическая регуляция движений** – см. **Движение: психическая регуляция**.

**Психические эквиваленты эпилептического припадка** – см. **Эпилепсия**.

**Психический (психологический) дискомфорт** – состояние человека, характеризующееся неприятными субъективными психическими ощущениями или переживаниями.

**Психический конфликт** – см. **Конфликт внутренний**.

**Психическое здоровье** – состояние индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности, адекватные (с учетом этнокультурных критериев) формы поведения.

**Психогении** (от греч. *psychē* – душа и *genesis* – зарождение) – патологические реакции невротического или психиатрического уровня, возникающие в результате психических травм, вызывающих страх, тревогу, опасения, обиду, тоску или иные отрицательные эмоции. В качестве психотравмы может выступать единовременная ситуация острого нервно-психического напряжения, вызванная неблагоприятными внешними условиями, а также длительная ситуация, характеризующаяся накоплением напряжения под воздействием мелких раздражителей.

В их появлении определенную роль играет определенная готовность к психическому срыву, развивающаяся на фоне ослабленного организма после заболевания, длительного нервного напряжения, специфических особенностей нервной системы и качеств личности. Основные свойства психогенных болезней представлены К. Jaspers (1946) в виде триады клинических признаков: хронологической связи начала болезни с психической травмой; регрессионного течения болезни (т. е. ее ослабления по мере отдаления от времени душевного потрясения); «понятной» связи между содержанием психотравмирующей ситуации и фабулой болезненных переживаний. Психогении подразделяют на различные по составу группы: реактивные состояния (острая реакция на стресс, реактивные депрессии, посттравматический стрессовый синдром, реактивные психозы) и неврозы. В качестве психогении может выступать реакция личности на тяжелое соматическое заболевание (см. **Нозогения**).

**Психогенный** – возникающий вследствие влияния психики, в результате сильных эмоциональных переживаний, стрессов.

**Психогигиена** – область медицинской психологии, изучающая влияние окружающих условий и обстановки на психическое здоровье людей и ставящая своей задачей предотвращение нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчение острых психотравматических реакций.

**Психодиагностика** – процедура определения особенностей актуального психического состояния и потенциальных особенностей психического развития. Психодиагностическая информация используется при решении вопросов профориентации и рационального трудоустройства, разработке индивидуальных программ реабилитации, при необходимости дифференцированной диагностики ряда заболеваний.

**Психозы** – глубокие расстройства психической деятельности, проявляющиеся в нарушении отражения реальной действительности и в своеобразных отклонениях от нормального поведения. В

клинической картине наблюдаются выраженные расстройства мышления, измененное восприятие, бред, галлюцинации, резкое возбуждение или выраженная психомоторная заторможенность, кататонические расстройства, неадекватное поведение. Проявляются на фоне наследственной предрасположенности, иногда могут возникнуть вследствие психической травмы.

**Психокоррекция** – направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы по исправлению нарушений в психическом развитии или поведении, в случаях неудовлетворенности субъекта собственной жизнью, целью которой является предупреждение и преодоление нарушений психического развития, в первую очередь отклонений в развитии личности. Задачам психокоррекции соответствуют психолого-педагогические воздействия, осуществляемые в практике специалистами обучения и воспитания и в решающей степени – в русле психотерапевтической работы с аномальными детьми.

В отношении взрослых это коррекция отдельных свойств личности и характера (мотивов, интересов, установок, ценностей, уровня притязаний) в целях успешной и эффективной самореализации в различных видах деятельности при различных условиях социальной среды. Психокоррекция ориентирована на «нормальные», но недостаточно развитые или недостаточно адекватные для успешной деятельности проявления психики.

Выделяют специфические черты, характерные для психокоррекционного процесса:

- психокоррекция ориентирована на людей, имеющих в повседневной жизни трудности, проблемы и желающих изменить свою жизнь или ставящих перед собой цель повысить способность к самореализации;
- коррекция ориентируется на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения, поэтому может применяться как у психически здоровых, так и больных людей, при сохранении критики к собственной личности и поведению;
- психокоррекционные воздействия направлены на изменение поведения, межличностных отношений (семейных, коллективных) и развитие личности клиента.

Психокоррекционная работа имеет индивидуальные и групповые формы.

**Психолог клинический** работает преимущественно в больницах, кабинетах психического здоровья, центрах реабилитации, экспертных комиссиях.

**Психолог педагогический (психолог-педагог)** занимается разработкой эффективных методов обучения, его задача – улучшение условий обучения, чтобы они как можно больше соответствовали потребностям и способностям учащимся.

**Психологическая коррекция** – см. **Социальная услуга, Социально-психологические услуги.**

**Психолог-эргономист**, основываясь на знаниях о поведении, психологических и физиологических особенностях людей, дает рекомендации конструкторам оборудования. В настоящее время их труд широко применяется в реабилитологии, особенно в процессе социально-бытовой реабилитации и эрготерапии.

**Психологическая адаптация** – см. **Адаптация.**

**Психологическая атмосфера** – см. **Климат социально-психологический.**

**Психологическая диагностика** – см. **Социальная услуга, Социально-психологические услуги.**

**Психологическая диагностика детей с отклонениями в интеллектуальном развитии** – диагностика детей с интеллектуальными отклонениями преследует своей целью не столько сравнение уровня развития их с возрастными стандартами и степень отставания от здоровых детей, сколько призвана определить исходный уровень их интеллектуального развития, отметить достигнутые успехи на определенных этапах реабилитации, показать направления деятельности, которыми может заниматься ребенок, определить его потенциальные возможности и тем самым указать приоритетные направления в реабилитационной работе. Сложность психологической диагностики таких детей заключается в том, что интеллектуальные нарушения вызываются нарушением или недоразвитием множества функций, поэтому могут являться следствием поражения любой из них. Ошибки в диагностике могут привести к выбору завышенной или заниженной по степени сложности психолого-педагогической реабилитационной программы, что не оставляет ни педагогу, ни ребенку никакой надежды на ощутимые результаты.

**Психологическая диагностика в социальной работе** – измерение индивидуально-психологических свойств личности или других объектов, поддающихся психологическому анализу (группа, организация). Ее целью является установление психологического диагноза как заключения об актуальном состоянии психологических



особенностей личности (или других объектов) и прогнозе их дальнейшего развития. Специалист по социальной работе не ставит психологического диагноза, но он может выявить или использовать в качестве опорных психодиагностических признаков различные фактора риска:

- сочетание низкой познавательной активности и личностной незрелости, не позволяющих овладеть новыми социальными ролями;
- неумещающаяся со временем двигательная расторможенность и эйфорический фон настроения, снижающие самоконтроль и самоорганизацию деятельности;
- повышенная жажда впечатлений в виде стремления к острым ощущениям и склонность к девиантному поведению;
- повышенный интерес к ситуациям, включающим жестокость и агрессивное поведение;
- немотивированность, неадекватность и аффективность поведения как указание на проблему личностного и психического здоровья;
- отрицательное отношение к учебе, трудовой деятельности, стойкая неуспеваемость, побеги из дома, конфликты в школе и дома;
- сохранение инфантильности в подростковом возрасте, крайняя зависимость от ситуации и склонность ухода от трудностей;
- раннее половое развитие в сочетании с повышенным интересом к сексуальным проблемам;
- переориентация интересов на внешкольное окружение, тенденция к усвоению внешних форм подросткового поведения, имитация его асоциальных форм.

**Психологическая защита** – механизмы, помогающие сохранить благоприятное психологическое состояние, несмотря на наличие психотравмирующих факторов.

**Психологический дискомфорт** – см. **Психический дискомфорт**.

**Психологический кризис** – см. **Кризис**.

**Психологический тренинг (психотренинг)** – комплекс мероприятий, направленный на целенаправленное восстановление, развитие, формирование отдельных психических функций, умений и

навыков, утраченных или ослабленных в силу особенностей заболевания или воспитания, препятствующих успешной самореализации личности. См. также **Социальная услуга, Социально-психологические услуги.**

**Психологические принципы восстановительного обучения** – научные основы нейропсихологической реабилитации больных и инвалидов, в соответствии с которыми должна строиться практическая работа нейропсихолога [Л. С. Цветкова, 2002]:

- **Принцип учета личности пациента** – восстановительное обучение должно исходить из задач лечения и реабилитации человека, восстановления его физиологических, бытовых и социальных функций, а не из задач восстановления каких-либо изолированных умений, что предполагает учет личности инвалида и формирование мотивов деятельности.
- **Принцип опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности больного и инвалида** – при нарушении функций прежний опыт человека не исчезает, остаются сохранными многие формы деятельности человека, чаще это – упроченные в прошлом опыте действия, которые протекают на менее произвольном уровне. Именно поэтому использование остаточных возможностей наиболее упроченных форм деятельности и временный перевод пострадавшей функции на другой, более низкий и доступный, уровень осуществления должны стать важной составляющей работы нейропсихолога.
- **Принцип опоры на предметную деятельность** – основывается на знании того, что психические процессы формируются в предметной деятельности, усвоение функции происходит через собственную деятельность субъекта. В восстановительном обучении необходимо применять методы восстановления функции через осуществление вербальной и невербальной деятельности инвалида.
- **Принцип организации деятельности** – в основе лежит представления современной психологии о том, что в обучении важны не только содержание обучения и собственная деятельность по усвоению навыка, но, прежде всего, необходима организация этой деятельности и управление ею.

- **Принцип программированного обучения** – принцип систематического управления деятельностью извне; является принципом обучения и способом реализации предыдущего принципа. Предусматривает разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций, выполнение которых приведет к реализации нарушенного умения.

**Психологическое консультирование** – см. **Социальная услуга, Социально-психологические услуги.**

**Психологическое состояние** – понятие, используемое для условного выделения в психике индивида относительно статичного момента в отличие от психологического процесса, подчеркивающего динамические моменты; указывает на устойчивость проявлений психики, их закреплённость и повторяемость. Относятся проявления чувств (настроение, аффект, эйфория, тревога, фрустрация), внимания (сосредоточенность, рассеянность), воли (решительность, растерянность, собранность), мышления (сомнение), воображения (грезы, фантазии).

**Психология медицинская** – отрасль психологии, изучающая психологические аспекты гигиены, профилактики, диагностики, лечения, экспертизы и реабилитации больных и инвалидов. В область исследования медицинской психологии входит широкий комплекс психологических закономерностей, связанных:

- с возникновением и течением болезни и влиянием на этот процесс психологических факторов;
- влиянием заболевания на психику человека;
- диагностикой патопсихологических состояний;
- нарушениями развития психики;
- психопрофилактикой и психокоррекцией заболеваний;
- обеспечением оптимальной системы оздоровительных воздействий;
- характером отношений больного человека и инвалида со своим окружением;
- деонтологическими и этическими аспектами работы медицинского персонала с больным человеком.

Самый большой раздел медицинской психологии составляет клиническая психология, включающая патопсихологию, специальную психологию, нейропсихологию и соматопсихологию. Существенное место среди исследуемых вопросов медицинской психологии занимают следующие:

- взаимодействие психических и соматических процессов при возникновении и развитии заболевания;
- особенности психологии больных, страдающих различными заболеваниями;
- закономерности формирования представления больных и инвалидов о своем заболевании;
- формирование адекватных установок личности, связанных с лечением и реабилитацией;
- использование компенсаторных и защитных механизмов в терапевтических целях;
- изучение психологического воздействия лечебных и реабилитационных методов и средств для обеспечения их максимального положительного влияния на физическое и психическое состояние клиента;
- изучение отношения больных с родственниками, персоналом, друг с другом;
- изучение рационального построения взаимоотношений участников лечебного и реабилитационного процессов.

**Психология специальная** – отрасль психологии, изучающая особенности психики людей, для которых характерно отклонение от нормального развития, вызванное врожденными или приобретенными дефектами. В зависимости от специфики дефекта выделяют психологию слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), умственно отсталых (олигофренопсихология), а также детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, речи и др. Специальная психология является составной частью дефектологии.

**Психолого-педагогическая профилактика** – система предупредительных мер, связанная с устранением внешних причин, факторов и условий, вызывающих те или иные недостатки в развитии детей, и осуществляется на фоне общей гуманизации обучения и воспитания.

**Психолого-педагогическая реабилитация** – восстановление ребенка как субъекта ведущей деятельности (игра, обучение) и общения в условиях обучения и воспитания.

**Психолого-педагогические принципы восстановительного обучения** – научные основы нейропсихологической реабилитации больных и инвалидов, в соответствии с которыми должна строиться практическая работа нейропсихолога [Л. С. Цветкова, 2002]:

- **Принцип от простого – к сложному** – общепедагогический принцип обучения в восстановительном обучении должен быть подвергнут тщательному анализу, т. к. формальная сложность вербального материала не всегда совпадает с психологической сложностью.
- **Принцип учета объема и степени разнообразия материала** предполагает, что объем материала должен быть «комфортным», работа должна осуществляться на малом разнообразии материала и с малым его объемом, и только после относительного восстановления того или иного умения он может быть увеличен.
- **Принцип учета сложности вербального материала** – учет объективной и субъективной (для данного индивида) частотности лексики, фонетической сложности, длины звукового ряда.
- **Принцип учета эмоциональной сложности материала** – весь используемый в работе с клиентом материал (вербальный и невербальный) должен создавать благоприятный эмоциональный фон для занятий, стимулировать положительные эмоции. Хотя в ряде случаев необходимо применение материала, вызывающего резко негативные эмоции (только в соответствии с содержанием и методом подачи материала).

**Психомоторный тонус** – напряжение мышц, связанное с психологическим состоянием и непосредственно не определяемое выполняемым движением.

**Психомоторный метод** – физиотерапия двигательных нарушений у детей с минимальными церебральными нарушениями, включающая нейро-, сенсо- и психомоторные сферы. Метод психомоторного лечения описан Эрнстом Кифардом, Марианной Фростиг, Кристиной Мертенс и Идой Рольф для лечебно-образовательной вольтижировки и верховой езды (см. Лечебно-верховая езда). Так называемая нейросенсомоторная интеграция, построение образа тела через упражнения на восприятие, развитие чувства тела и его осознания – это те задачи, при выполнении которых лошадь является превосходным партнером.

**Психоневрологический интернат** – медико-социальное учреждение системы социальной защиты населения, предназначенное для постоянного проживания пенсионеров и инвалидов, страдающих

психоневрологическими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе и медицинской помощи.

**Психоневрологическое учреждение для социального обеспечения** – основанием для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдавшего психическим расстройством, и заявление лечебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного недееспособным, – решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица – также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным. Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

**Психоорганический синдром** – психопатологический симптомокомплекс, основными проявлениями которого являются нарушения интеллекта и памяти, а также расстройства аффекта, часто сопровождается астенией. Возникает при сосудистых заболеваниях головного мозга, сифилитических поражениях центральной нервной системы, черепно-мозговых травмах, различных интоксикациях, хронических нарушениях обмена веществ, при опухолях и абсцессах головного мозга, астенических процессах (в предстарческом и старческом возрастах), а также при всех болезнях, сопровождающихся эпилептическими припадками. Встречается в любом возрасте, однако клиническая картина наиболее выражена у больных пожилого и старческого возрастов.

Нарушение интеллекта у больных проявляется в первую очередь снижением критичности, ухудшается в различной степени способность к приобретению новых знаний, одновременно снижаются объем и качество знаний, полученных в прошлом. Круг интересов ограничен, больные плохо осмысливают происходящее, теряют к нему интерес, ухудшается речь, обедняется словарный запас, больные начинают прибегать к словесным шаблонам, употреблять вспомогательные слова, не способны при разговоре выделить главное, застревают на деталях, нарушаются все виды памяти.

Расстройство аффекта при психоорганическом синдроме чаще проявляется пониженным или беспечно-благодушным настроением. У

многих встречается так называемое недержание аффекта, при котором под влиянием незначительных причин или спонтанно на короткие периоды времени возникает слезливость, умиленность, необоснованный оптимизм, причем одно из этих состояний может легко сменяться противоположным. Больные то чрезвычайно упрямы, то повышено внушаемы. Проявления астении разнообразны: повышенная утомляемость может сменяться повышенной раздражительностью, в ряде случаев с резкой взрывчатостью (эксплозивностью). При нарастании глубины астении усиливаются симптомы психоорганического синдрома.

В начальной стадии часто сопровождается заострением характерологических черт, присущих больному прежде; позже индивидуальные черты характера стираются. Легкие проявления психоорганического синдрома (раздражительная слабость, истощаемость, заострение или некоторое стирание прежней характерологической индивидуальности) часто называют органическим снижением уровня личности; тяжелые (грубые нарушения интеллекта, стирание эмоциональности и прежних индивидуальных черт характера) – органической деменцией.

**Психопатия** – выраженная или рано сформировавшаяся под воздействиями неблагоприятных социальных факторов патология характера, неадекватное развитие эмоционально-волевых черт, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде. При вторичном, в результате различных заболеваний, формировании аномальных черт характера речь идет о патологическом (психопатоподобном или неврозоподобном) развитии личности (см. **Патологическое развитие личности**).

По преобладанию определенных черт психического склада личности выделяются различные клинические типы психических расстройств, в том числе:

- **циклоидный**, основной признак – постоянная смена настроения с колебаниями цикла от часов до месяцев;
- **гипертимный** тип отличается неугомонностью, подвижностью, общительностью, склонностью к озорству, неусидчивостью, приподнятым настроением, ему свойственна переоценка собственной личности, тяга к компаниям, подчас асоциальным;
- **эмоционально-лабильный** характеризуется эмоциональной неустойчивостью, настроение может меняться от ничтожного повода. Это люди настроения,

сиюминутного каприза, чуткие к знакам внимания, привязывающиеся к родным и близким. Наблюдается склонность к эмоциональным кризисам, которые могут сопровождаться суицидальными угрозами или актами самоповреждения;

- **сенситивный** тип отличается впечатлительностью, тягой к интеллектуально-эстетическим увлечениям, переживаниям по поводу своей неполноценности;
- **шизоидный**, для которого характерны уход от контактов, замкнутость, скрытность, легкая ранимость, отсутствие эмпатии, угловатость движений;
- **эпилептоидный** отличается крайней раздражительностью с приступами тоски, страха, гнева, нетерпеливостью, упрямством, обидчивостью, жестокостью, склонностью к скандалам;
- **астенический**, которому свойственны повышенная впечатлительность, психическая возбудимость, быстрая истощаемость, раздражительность, нерешительность;
- **психастенический** – тревожные, неуверенные в себе личности, склонные к постоянным раздумьям, патологическим сомнениям;
- **паранойяльный** – такие лица склонны к образованию сверхценных идей, упрямы, подозрительны, эгоистичны; отличаются отсутствием сомнений, уверенностью в себе и завышенной самооценкой;
- **истерический** – лица, принадлежащие к этому типу впечатлительны, внушаемы, эгоцентричны; характерны стремлением непременно обратить на себя внимание окружающих, причем оценка ими реальных событий всегда искажена в благоприятную для них сторону; в общении манерны, театральны;
- **неустойчивый (возбудимый)** – имеется ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения, повышенной конфликтностью, слабохарактерностью, отсутствием глубоких интересов, податливостью влиянию окружающих;
- **органический** – эти лица отличаются врожденной умственной ограниченностью, могут хорошо учиться, но бесплодны, когда нужно применить знания или проявить



инициативу; умеют «держать себя в обществе», но банальны в суждениях;

- **зависимая личность** воспринимает себя беспомощной и стремится переложить на других большую часть важных жизненных решений, неспособна к самостоятельной жизни. Такие лица пассивно подчиняемы и некритичны к поступкам людей, от которых зависят;
- **конформный тип** характеризуется растворением личности в окружающих. Эти лица мимикрируют под любое окружение, поэтому, попав в хороший микросоциальный коллектив, они могут стать исполнительными работниками, в ином случае проявляют девиантные формы поведения;
- **ипохондрический** – определяется гипертрофированным вниманием к своему физическому состоянию, с переоценкой тяжести имеющихся расстройств и болезненных проявлений в виде идей доминирующего, навязчивого или сверхценного характера ипохондрического содержания, стремлением к постоянным дополнительным обследованиям и лечению различными методами.

Четкой границы между психопатиями и вариантами нормальных характеров не существует. Указанным типам психопатов в норме соответствуют натуры с подобным характерологическим складом, но без патологической (психопатической) выраженности.

**Психопатология** – раздел общего учения о болезнях, изучающий причины, закономерности и механизмы появления, протекания и развития психозов и иных психических расстройств; разрабатывает методы их лечения.

**Психопатоподобные состояния** – болезненные нарушения характера, возникающие на почве травм и инфекционных заболеваний центральной нервной системы, перенесенных в детском возрасте. Проявляются в повышенной раздражительности, двигательной расторможенности в сочетании со сниженной работоспособностью. В отличие от психопатии не затрагивают основных структур личности и в меньшей мере снижают социальную адаптацию. Постановка диагноза требует квалифицированного различия от психопатий. См. **Патологическое развитие личности.**

**Психопрофилактика** – раздел общей профилактики, изучающий обеспечение психического здоровья, предупреждение возникновения и распространения психических заболеваний;

разделяют на индивидуальную и социальную, а также на первичную, вторичную и третичную. Первичная психопрофилактика направлена на предупреждение самого факта возникновения болезни; вторичная – на раннее выявление психических расстройств и их лечение; третичная – адресована лицам, у которых имеются необратимые последствия заболевания, заключается в сохранении и уменьшении инвалидизирующих симптомов, поддержании максимального уровня социальной полноценности. Мероприятия по психопрофилактике основываются на данных психогигиены.

**Психопрофилактическая работа** – см. **Социальная услуга, Социально-психологические услуги.**

**Психосоматика** – раздел медицинской психологии, изучающий взаимовлияние психики и тела. Возникла в середине прошлого века на основе использования идей об исключительной, преимущественной или особой роли психических факторов в появлении, протекании и исходе соматических заболеваний. Оставаясь проявлениями разных сторон деятельности единого целого – человеческого организма, психические факторы и нарушения в той или иной мере могут детерминировать вторичные соматические расстройства (см. **Заболевание психосоматическое**). С другой стороны, соматические заболевания могут вызывать психические расстройства как функциональной, так и органической природы. Они обусловлены сомато-вегетативными сдвигами, эндокринными пертурбациями, сосудистыми изменениями, острыми инфекционными и другими заболеваниями. Возможна также соматопсихическая коморбидность – относительно независимое возникновение и течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

**Психосоматическое заболевание** – см. **Заболевание психосоматическое.**

**Психосоциальная модель реабилитации** – получила свое развитие за рубежом в работе с психически больными, используется и в соматической практике. Согласно этой концепции в лечении и реабилитации должны в единстве использоваться психосоциальные и биологические методы воздействия. Реабилитационные усилия направляются и на организм и на личность, и на социум. В работе участвует полипрофессиональная бригада (см. **Бригадный метод работы**). Специалисты опираются не на клинические характеристики, а на сохраненные стороны личности, персональные возможности, причем болезненные симптомы не подчеркиваются и прогноз строится максимально благоприятный и обнадеживающий.

Оказание помощи происходит вне стационарных учреждений, в естественном окружении, с привлечением социальных сетей. Реабилитанты воспринимаются и учатся быть полноценными партнерами в процессе реабилитации, принимающими активное участие в анализе своих проблем, ответственными за их решение, готовыми к риску в преодолении жизненных трудностей.

**Психосоциальная оценка** – итоговое заключение, сделанное социальным работником на основе анализа личностных особенностей клиента и его взаимоотношений с окружающими для решения проблемы.

**Психосоциальный терапевт** – специалист, фокусирующий свое внимание на проблемах межличностного и социального общения в дополнение к внутриспихическим проблемам. Психосоциальный терапевт стремится мобилизовать имеющиеся ресурсы или создать необходимые условия для помощи людям в коррекции их поведения, личных качеств.

**Психотерапевтическая помощь** – см. **Социальная услуга, Социально-психологические услуги.**

**Психотерапевтическая (психологическая) функция специалиста по реабилитации** – деятельность специалиста по реабилитации, направленная на снятие неблагоприятного состояния инвалида (апатии, злости, раздражительности и т. д.), достижение им психического равновесия, снижение психического накала (гиперактивности или безразличия) для достижения наилучшего эффекта реабилитации и во имя его личностного развития. В отличие от деятельности психотерапевта данная деятельность может иметь следующие разновидности:

- непосредственное воздействие на личность, когда, вызывая необходимое состояние, специалист обуславливает формирование ценностного отношения и в последующей коррекции и реабилитации культивирует определенную деятельность инвалида;
- лично-опосредованное психотерапевтическое влияние – через родителей, других пациентов и специалистов и пр. путем включения в систему взаимоотношений с инвалидом третьего субъекта;
- предметно-опосредованное воздействие – через досуг, социокультурную реабилитацию, формирование или восстановление навыков и т. д.

В последние годы за рубежом активно развивается точка зрения, что психолог в процессе реабилитации должен минимизировать непосредственные контакты с инвалидом. В его функции не входит реализация тех задач, которые на сегодняшний день реализуются психологами-специалистами по реабилитации в России. Предполагается, что психолог на основании глубокого изучения личности инвалида, его потребностей, установок, ценностной ориентации, психофизиологических возможностей, реабилитационного потенциала инвалида и на основании знания личностных и профессиональных возможностей каждого члена реабилитационной команды:

- определит наиболее эффективную модель социального партнерства всех участников реабилитационного процесса;
- окажет помощь в формировании психологической готовности пациента к такому взаимодействию;
- снабдит специалистов необходимыми психологическими знаниями, техниками и методиками для эффективной работы в данном направлении;
- будет осуществлять динамический контроль психологической функции специалистов и психологического состояния пациента.

**Психотерапия** – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. Использует психологические средства изменения личности и лечения психических и психосоматических заболеваний. Условно различают психотерапию клинической ориентации, которая направлена главным образом на ликвидацию или смягчение симптомов заболевания, и личностно ориентированную психотерапию, задача которой – содействие пациенту в изменении его отношений к обстоятельствам жизни, социальному окружению и к собственной личности.

Существуют две основные методики психотерапии: гипнотерапия (см. **Гипноз**) и психотерапия в бодрствующем состоянии, которая обращена к личности больного, находящегося в ясном сознании. Наиболее распространенным средством психотерапии в бодрствующем состоянии является рациональная и эмоциональная психотерапия. См. также **Когнитивные методы психотерапии**.

**Психотерапия накоплением жетонов (token-economy)** – форма поведенческой психотерапии, основанная на оперантном

научении. Заключается в том, что приемлемое поведение подкрепляется положительно, а неприемлемое – отрицательно, в качестве же средства стимулирования выступают деньги или их заместители. При этом пациент и терапевт подписывают специальный «контракт», в котором указывается, какое конкретно поведение должно быть подкреплено (например, уборка постели, занятие трудом), а какое должно штрафоваться (ссора, невыполнение рабочего задания) и какова стоимость отдельного поведенческого акта (определяется в «жетонах», которые могут быть обменены на деньги или на определенные блага). Данный метод направлен прежде всего на оптимизацию самоконтроля. Наибольший эффект он дает тогда, когда речь идет о пациентах со снижением интеллекта или с психопатическими нарушениями.

**Психотерапия систематической десенсибилизации** (от греч. *psyche* – душа; *therapeia* – лечение; приставки *de-*, обозначающей отделение, и лат. *sensibilis* – чувствительный) – форма поведенческой психотерапии, разработанная на базе экспериментов И. П. Павлова по классическому обусловливанию. Служит целям снижения эмоциональной восприимчивости к психотравмирующей ситуации при лечении обсессивно-фобических расстройств.

Основывается на предположении, что при фобии происходит генерализация аффекта, и эмоциональное переживание страха связывается с первоначально нейтральными признаками тех ситуаций, в которых произошло зарождение страха. В силу этого формулируется психотерапевтическая цель – добиться угасания условного рефлекса, в качестве которого выступает переживание страха на объективно нейтральные стимулы, связав эти стимулы с приятным подкреплением.

Суть метода сводится к активному воображению проигрывания ситуаций, вызывающих чувство страха, в состоянии релаксации и последующему приобретению навыков избавления от страха и адаптивного поведения.

Существует несколько вариантов этого метода. При методике «феддинг» (затухание) в качестве условно-рефлекторного раздражителя используют слайды с изображением объекта или ситуации фобии, а вслед за этим слайды, транквилизаторы и психофизические приемы, вызывающие успокоение. При методике «иммерсии» объекты фобии демонстрируются без последующей релаксации или введения успокаивающих средств. При методе негативного воздействия пациент должен многократно повторить свою навязчивую привычку.

Например, заикающийся человек 15 – 20 раз повторяет слово, на котором обычно спотыкается.

В самой процедуре можно выделить три основных компонента – овладение методикой релаксации и психоэмоциональной регуляции; составление иерархии ситуаций, вызывающих страх, и работа с ними – от более простой ситуации к той, которая вызывает наибольший страх; собственно десенсибилизация и подкрепление приобретенных навыков в реальной жизни.

Когда данный метод применяется по отношению к маленьким детям, то в качестве положительного подкрепления используют не расслабление, а, например, возможность заниматься с другими детьми, ласка взрослого, лакомства; пугающие же ситуации сценически проигрываются или предъявляются на картинках.

**Психотехнические игры** – игры и упражнения, направленные на предупреждение синдрома профессионального выгорания в социальных профессиях, преследуют две основные цели [Н. В. Самоукина; 1993]: способствуют гармонизации внутреннего мира педагога, ослаблению его психической напряженности, т. е. имеют сугубо психотерапевтическую цель, а также они направлены на развитие внутренних психических сил педагога (социального работника), расширение его профессионального самосознания. Регулярное выполнение психотехнических игровых упражнений помогает правильно ориентироваться в собственных психических состояниях, адекватно оценивать их и эффективно управлять собой для сохранения и укрепления собственного психического здоровья.

- **Игры-релаксации** позволяют вовремя «сбросить» напряжение, снять внутренние зажимы, расслабиться, снять усталость, обрести состояние внутренней свободы и уверенности в себе («Внутренний луг», «Пресс», «Дерево», «Настроение», «Пословицы», «Воспоминания», «Книга», «Мария Ивановна», «Голова», «Руки», «Я ребенок», «Открытость», «Ритм», «Я резервуар»).
- **Адаптационные игры** используются в период адаптации к профессиональной деятельности, при смене трудового коллектива, после длительного перерыва в работе; способствуют развитию самоконтроля и волевых процессов, как правило, проводятся за 15 – 20 мин до начала каких-либо важных дел (Фокусировка, Дыхание, Психоэнергетический зонтик, Распределение внимания, Переключение внимания, Животное, Эмоция).

- **Игры-формулы** используются для вербального самовнушения, могут произноситься вслух или про себя как в течение рабочего дня, так и перед его началом или перед трудной ситуацией; тексты формул самовнушения составляются заранее, большое значение имеет начало формулы (я хочу, я все сумею, я убежден, я верю, у меня все получится); формула повторяется эмоционально до семи раз, при этом важна вера в «магию» произносимых слов.
- **Игры-освобождения** – методическое выражение идеи децентрации, что необходимо в моменты психического напряжения, характеризующегося суженностью сознания, и сверхконцентрации человека на своих переживаниях; ощутимое ослабление внутренней напряженности достигается в том случае, если человек сумел снять центр ситуации с себя и перенести его на что-либо другое. По сути дела, децентрация осуществляется как объективация эмоционально отрицательного состояния, выбрасывание его вовне и тем самым избавления от него. Существует несколько форм децентрации: ролевая, связанная с перевоплощением человека в другой предмет; интеллектуальная, осуществляемая за счет рефлексии и взгляда на самого себя со стороны (Видеокамера); коммуникативная, реализуемая в ходе диалога с переменной коммуникативных позиций (Плохой-хороший).
- **Игры-коммуникации** направлены на развитие умения занимать различные коммуникативные позиции в зависимости от обстоятельств и помогают правильно ориентироваться в ситуациях общения (Мышечная броня, Маска релаксации, Давление, Поставь себя на место другого, Монолог с двойником, Нейтрализация, Равенство, Взаимодействие, Анонимный список претензий, Ревизия).

**Психотренинг** – см. **Психологический тренинг**.

**Психотроника** – см. **Парапсихология**.

**Психотропные средства** – лекарства, оказывающие преимущественное влияние на психические свойства человека. К психотропным средствам относятся антидепрессанты,

нейролептические, психостимулирующие и седативные средства, транквилизаторы.

**Психофизиологические принципы восстановительного обучения** – научные основы нейропсихологической реабилитации больных и инвалидов, в соответствии с которыми должна строиться практическая работа нейропсихолога [Л. С. Цветкова, 2002]:

- **Принцип квалификации дефекта** основывается на том, что поражения различных участков мозга могут приводить к нарушению одной и той же психической функции, но механизмы этих нарушений всякий раз будут разными и будут зависеть от топике поражения мозга. Это требует тщательного анализа первичного дефекта, что позволит наметить постановку дифференцированных задач и применить адекватные дефекту методы восстановления.
- **Принцип использования сохранных анализаторных систем** основан на учении о функциональных системах и их пластичности, а также представлении о полирецепторности их афферентного поля и «запасном фонде» афферентаций, что позволяет замещать пораженное звено функциональной системы сохранным.
- **Принцип создания новых функциональных систем** – принцип и метод восстановительного обучения, предполагающий включение в работу других звеньев, не принимавших прежде прямого участия в отправлении пострадавшей функции, что позволяет конструировать новую функциональную систему. При этом функция начинает осуществляться на иных мозговых основах и отличается от прежней не только по психологической структуре (по составу звеньев), но и по внешнему ее протеканию.
- **Принцип опоры на разные уровни организации психических функций** – в основе лежит представление о том, что при нейропсихологических нарушениях в первую очередь страдают более высокие и произвольные уровни функций и остаются сохранными ее упрощенные, автоматизированные уровни, опора на которые и позволяет восстановить более высокие уровни пострадавшей функции.
- **Принцип взаимодействия сохранных и пострадавших функций** предполагает, что осуществление психических



функций находится в тесном взаимодействии. В связи с чем эффективным путем восстановительного обучения в реализации пострадавшей функции может быть опора на сохранные функции, взаимодействующие ранее с поврежденной в осуществлении определенных процессов.

- **Принцип контроля** основан на положении, что лишь постоянный поток обратной сигнализации обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок. Отсюда становится понятным использование магнитофона, зеркала и других средств.

**Психофизиология локальных поражений головного мозга** – раздел психофизиологии, посвященный изучению физиологических механизмов нарушений высших психических функций у больных с локальными поражениями головного мозга. Здесь изучаются физиологические механизмы как нейропсихологических синдромов в целом, так и отдельных нарушений психических функций. В качестве основных методов применяются: анализ спектра энцефалограммы, анализ пространственной синхронизации биопотенциалов, анализ сверхмедленной биоэлектрической активности, анализ вызванных потенциалов в состоянии покоя и при определенной психической деятельности.

## Р

**Работа коррекционно-воспитательная** – система специальных педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков развития аномальных детей.

**Работа надомная** – организация труда в домашних условиях людей с ограниченными физическими возможностями. Труд на дому способствует устранению или компенсации ограничений жизнедеятельности человека, приспособлению его к окружающей среде, восстановлению социального статуса и социальных связей, улучшению материального положения.

**Работающий** – тот, кто документально оформлен на работу.

**Работник социальной службы** – специалист, обладающий знаниями, умениями и навыками, необходимыми для профессиональной деятельности по оказанию услуг социального

обслуживания, и работающий в социальной службе, либо лицо, непосредственно предоставляющее или организующее предоставление социальных услуг клиентам социальной службы (см. **Клиент социальной службы, Социальная служба**) в качестве индивидуального предпринимателя.

**Работоспособность** – потенциальная возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени. Выделяют максимальную, оптимальную и сниженную работоспособность. Работоспособность зависит от внешних условий и психофизических ресурсов индивида.

**Радикулит** (от греч. radícula – корешок) – поражение корешков спинно-мозговых нервов, характеризующееся болями и нарушением чувствительности по корешковому типу, реже – периферическими парезами. Основной причиной служит остеохондроз позвоночника, дистрофия межпозвоночных дисков, нередко с их смещением, реже возникает при врожденных пороках развития позвоночника, заболеваниях внутренних органов, воспалительно-дистрофических поражениях позвоночника и суставов, опухолях периферической нервной системы и пр. Клиническая картина радикулита разной локализации имеет общие черты: спонтанная боль в зоне иннервации пораженных корешков, усиливающаяся при движении, кашле и натуживании; ограничение подвижности позвоночника, защитная (противоболевая) поза больного, болезненность при надавливании на остистые отростки, повышение или снижение чувствительности, слабость и гипотрофия мышц в зоне корешковой иннервации. В клинической практике встречается пояснично-крестцовый, шейный, грудной и шейно-грудной радикулит.

- **Пояснично-крестцовый радикулит** встречается наиболее часто, так как именно этот отдел позвоночника несет наибольшую функциональную нагрузку, то и позвонковые диски на этом уровне претерпевают наиболее значительные изменения, что сопровождается сужением межпозвоночной щели, сдавливанием спинно-мозговых корешков в межпозвоночных отверстиях с корешковыми симптомами, мышечно-τροφическими нарушениями с рефлекторным напряжением иннервируемых мышц, вегетативно-сосудистыми расстройствами, изменениями в сухожилиях, связках, симптомами сдавливания сосудов спинного мозга. Различают люмбаго и корешковую стадию. На

первой стадии возникает тупая, ноющая боль, но чаще – острая, сначала в мышцах, после физической нагрузки, охлаждения, может нарастать постепенно, усиливаться при кашле; отмечается ограничение подвижности, напряжение и болезненность мышц в поясничном отделе. На второй стадии боль усиливается, меняет характер, начинает иррадиировать в ягодичную область по задненаружной поверхности бедра и голени; характерна также болезненность по ходу ствола нерва.

- **Шейный радикулит** характеризуется резкими болями в области шеи, затылка с иррадиацией в руку, лопатку, наблюдается напряжение мышц шеи, вынужденное положение головы, расстройство чувствительности, болезненность при надавливании на остистые отростки. Нарушение функции тех или иных групп мышц зависит от уровня поражения корешков, так при поражении 3 – 4-го передних шейных корешков поражаются мышцы диафрагмы, 5 – 6-го корешков – мышцы плеча и плечевого пояса, 8-го шейного и 1-го грудного корешков – мышцы кисти.
- **Грудной радикулит** характеризуется болями, распространяющимися по ходу одного или нескольких межреберных нервов, которые часто имеют ноющий характер, реже – приступообразный; отмечается болезненность в паравертебральных точках, в межреберьях; гиперестезия или анестезия – в зонах корешковой иннервации.
- **Шейно-грудной радикулит** встречается при остеохондрозе, инфекционных, травматических и опухолевых поражениях позвоночника.

**Развитие восприятия в онтогенезе** (от греч. ontos – сущее и genesis – происхождение) – структурные изменения процессов восприятия по мере индивидуального развития. Практические действия по преобразованию предметов окружающей среды являются основным фактором, обуславливающим построение адекватных перцептивных действий. При развитии деятельности происходит сокращение внешне практических компонентов и свертывание перцептивных действий.

Для человека характерно, что наиболее существенные изменения восприятия происходят в первые годы жизни. При этом решающую роль играет усвоение выработанных обществом

сенсорных эталонов и приемов обследования раздражителей. У ребенка вырабатывается целостная система оперативных единиц восприятия и сенсорных эталонов, опосредствующих восприятие. Уже до достижения полугодичного возраста в условиях взаимодействия со взрослыми у ребенка возникают активные поисковые действия: ребенок смотрит, чтобы видеть, схватывает и ощупывает предметы рукой. На этой основе образуются интерсенсорные связи между различными рецепторными системами (зрительной, слуховой, осязательной). Так, ребенок становится в состоянии воспринимать сложные комплексные раздражители, узнавать и дифференцировать их. В возрасте 6 – 12 месяцев происходит быстрое развитие двигательной системы и в качестве ведущей деятельности выступают предметные действия и манипуляции, что требует константности восприятия. При этом основным способом восприятия становятся воспроизводящие движения, моделирующие особенности воспринимаемых объектов. В дальнейшем развитие восприятия происходит в самой тесной связи с развитием различных видов деятельности детей (игровой, изобразительной, конструктивной и элементов трудовой и учебной). После достижения четырехлетнего возраста оно приобретает относительную самостоятельность.

**Развитие движений в онтогенезе** – процесс качественного видоизменения системы движений по мере роста организма и накопления индивидуального опыта. Ребенок в момент рождения не обладает вполне готовыми механизмами регуляции движений. Но уже в эмбриональный период происходит формирование функций поддержания позы, подготовка к дыхательным движениям, глотанию, осуществляется активизация венозного кровообращения и лимфотока. Сразу после рождения проявляется целый набор двигательных реакций: рудиментарные двигательные рефлексы Робинзона, Моро, ползание по Бауэру, позотонические рефлексы, в частности шейные и лабиринтные, безусловно-рефлекторные двигательные акты в виде пищевого сосательного, защитного мигательного, движения глаз. Важную роль играют хаотические движения, которые группируются в повторяющиеся движения, а затем на их основе происходит формирование целенаправленных движений. В условиях воспитания к первому полугодю жизни ребенка в целом формирование всех основных движений завершается. В дальнейшем, по мере развития речи, формируются произвольные движения. Основной набор универсальных двигательных реакций окончательно оформляется к 11 – 14 годам.

**Развитие дефицитарное** – патологическое формирование личности у детей с тяжелыми дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, при которых недостаток сенсорных стимулов вызывает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы.

**Развитие когнитивное** – процесс формирования и развития когнитивной сферы, в частности – восприятия, внимания, воображения, памяти, речи, мышления.

**Развитие коррекционное** – исправление (преодоление) недостатков развития, совершенствование физических и психических функций, сохранной сенсорной сферы и моторных механизмов для компенсации дефекта.

**Развитие пренатальное** – внутриутробное развитие плода до 28 недель; в этот период закладываются и развиваются основные органы и ткани, болевая, температурная и сенсорная (в частности звуковая) чувствительность, а также моторика. При нарушении развития в этот период формируются пороки развития внутренних органов и нервной системы.

**Развитие психики в онтегенезе** (от греч. *ontos* – сущее и *genesis* – происхождение) – процесс эволюции способов взаимодействия индивида с окружающей средой. В настоящее время можно говорить о том, что противоположности в ориентации или на врожденное, или на выученное (*monada – tabula rasa*) снимаются в таком понятии развития, в котором оно рассматривается как процесс: приводящий к изменениям все психологические структуры индивида; проходящий определенные, качественно специфические, стадии, в том числе в форме кризисов; имеющий как сензитивные в отношении внешних воздействий, так и относительно автономные периоды; строящийся целевым образом. Возникновение психики связывают с формированием на определенном этапе развития способности к активному перемещению в пространстве, при котором удовлетворение потребностей осуществляется посредством активных движений в окружающей среде, которые должны предваряться поиском необходимых предметов. В основе развития психики человека лежит овладение индивидом исторически сформировавшимися общественными орудиями, служащими средством удовлетворения человеческих потребностей. Ребенок в период от 1 года до 3 лет овладевает основами предметно-манипулятивной деятельности по использованию простейших предметов, благодаря чему формируются способности к универсальным движениям рук, к решению простых двигательных задач и способность занимать собственную позицию внутри отношений со взрослыми и сверстниками (возникновение у

ребенка установки «Я сам»). В возрасте от 3 до 6 – 7 лет в процессе игровой деятельности формируются способности к воображению и употреблению различных символов. В школьном возрасте ребенок в процессе учебной деятельности присваивает элементы науки, искусства, что ведет к формированию основ логического мышления.

**Развитие психики в филогенезе** (от греч. *phyle* – вид и *genesis* – происхождение) – качественные изменения психики, происходящие в рамках эволюционного развития живых существ, обусловленные усложнением их взаимодействия с окружающей средой. Данные изменения могут происходить на биологической или общественно-исторической основе. Сама психика как способность ощущения возникла из раздражимости живых существ и развивалась в связи с образованием и развитием их нервной системы. В своей эволюции психика прошла ряд стадий: от сенсорной к перцептивной и далее к интеллектуальной стадии и к формированию сознания. При этом сознание как особенность психики человека является продуктом общественно-исторического развития человеческого общества, возможность существования которого обусловлена использованием и изготовлением орудий труда, появлением элементов языка, накоплением знаний, возникновением норм поведения.

**Развитие умственное** – формирование и обогащение способности совершать интеллектуальные действия в ходе учебной, познавательной, практической деятельности; складывается из трех взаимосвязанных компонентов: накопление, обновление, качественное обогащение знаний; совершенствование понятийного аппарата; формирование и упрочение аналитико-исследовательских умений и навыков. Термин также употребляется при характеристике состояния интеллектуальной сферы того или иного лица, при оценке его готовности осуществлять мыслительные операции определенного уровня сложности.

**Развитие физическое.** 1. Процесс изменения антропогенных характеристик человека, а также результат этого процесса, характеризуемые по состоянию органов и систем организма, определяющих здоровье и самочувствие.

2. Долговременные изменения морфологических и функциональных признаков в процессе роста организма и под влиянием факторов, способствующих улучшению его состояния, в частности под влиянием физического воспитания. Уровень физического развития зависит от врожденных задатков данного лица; для его оценки принято использовать стандартизированные перечни

показателей – результаты антропометрии, тесты работоспособности и пр.

**Раздражитель** – любой материальный агент, внешний или внутренний, осознаваемый или неосознаваемый, выступающий как условие последующих изменений состояния организма; всякий фактор, воздействующий на организм и способный вызвать некую ответную реакцию; родовое понятие по отношению к понятиям стимула и сигнала. При наличии фиксированной причинно-следственной связи между данным событием и последующими изменениями в состоянии организма раздражитель выступает как стимул, а соответственное изменение – как реакция. Различаются раздражители:

- биогенные – непосредственно биологически значимые;
- абиогенные – опосредованно биологически значимые;
- с невыявленной, неопределенной биологической значимостью.

**Разноплановость** – ситуация, когда суждения и умозаключения формируются на основании разных принципов.

**Разрядка (разрядка напряжения)** – процесс и механизм восстановления психического равновесия, обеспечивающие понижение уровня внутриспихической напряженности через внешнее реагирование. Может реализоваться, например, через смех, плач, брань, движения, сновидения, невротические симптомы и пр.

**Райдтерапия** – см. **Иппотерapia**.

**Ранний детский аутизм** – см. **Аутизм детский ранний**.

**Ранняя интервенция** – диагностика актуального развития и разработка комплексной программы коррекции ребенка до 3 лет; необходима детям, чье развитие существенно нарушено в результате врожденных изменений или изменений, связанных со средой в первые годы жизни (недостаточное вскармливание, неумелое или жестокое обращение с ребенком и т. д.), чье развитие находится под угрозой в результате биологических факторов (малый вес при рождении). Основная цель связана с обеспечением социального, экономического, интеллектуального и физического роста ребенка, имеющего нарушения в развитии, и достижения им максимального успеха в раскрытии своего потенциала. Имеет превентивную направленность (предупреждение вторичных дефектов); служит для абилитации семьи, чтобы она была способна удовлетворить потребности ребенка максимально эффективно. В систему ранней интервенции включен следующий набор услуг:

- непосредственные услуги детям – медицинское сопровождение, оккупационная терапия, логопедическая коррекция, структурированные обучающие программы и пр.;
- услуги для родителей – программы родительских групп самопомощи, развитие знаний о ребенке и родительских навыков, индивидуальное и групповое консультирование;
- услуги семьям – групповые программы для остальных членов семьи, специфические формы помощи (предоставление «передышки» родителям), помощь на дому, финансовая поддержка;
- услуги для общества – работа агентств ранней интервенции, способствование включению детей с нарушениями развития в обычные дошкольные учреждения, защита прав детей, способствование тому, чтобы общество знало о проблемах нетипичных детей.

**Раппорт** – понятие, характеризующее позитивное отношение и связь между людьми, устанавливаемые в близких межличностных отношениях, а также в процессе положительного взаимодействия врача и пациента, реабилитолога и реабилитанта, психолога и клиента, педагога и ребенка. Понятие раппорта включает в себя способность понимать точку зрения собеседника (при этом совсем не обязательно соглашаться с ней), способность понимать чувства другого.

В узком смысле термин означает связь, устанавливаемую между гипнотизером и гипнотизируемым в сеансе гипноза; характеризуется высокой степенью избирательности восприятия как следствие суженного гипнозом сознания: сверхвосприимчивостью к внушениям гипнотизера (преимущественно вербальным), и нечувствительностью к воздействиям из других источников. Как специфический вид внутренней зависимости, заключающейся в готовности выполнять внушения гипнотизера, он развивается и стабилизируется по мере углубления гипнотического состояния.

**Распространенность внимания** – см. **Внимание**.

**Распространенность заболевания** – см. **Болезненность**.

**Рассеянность** – функциональное или органическое нарушение способности к сосредоточенной, целенаправленной деятельности. Иногда возникает при напряженной умственной работе как результат односторонней сосредоточенности. Как дефект произвольного внимания может обуславливаться разнообразными факторами – от



утомления и отсутствия соответственной мотивации до клинических расстройств, зачастую связанных с нарушениями мышления.

**Рассеянный (множественный) склероз** – хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, протекающее с обострениями и ремиссиями, с множественными очагами поражения в центральной и периферической нервной системе. Большинство исследователей относит это заболевание к мультифакторным, для его возникновения необходимы вирус, наследственное предрасположение в виде дефектности иммунных систем и определенного типа метаболизма, а также наличие определенных географических факторов (холодный и умеренный климат). Начало заболевания характеризуется двигательными нарушениями, главным образом слабостью в ногах, нередко парестезиями, иногда шаткостью походки; часто заболевание проявляется поражением черепных нервов, особенно зрительных, возможны вестибулярные (головокружение, нистагм, рвота), тазовые нарушения.

В развернутой стадии заболевания в клинической картине чаще всего наблюдаются симптомы поражения пирамидных, мозжечковых, зрительных и чувствительных путей, отдельных черепных нервов и нарушения тазовых органов. Характерная особенность – нестойкость отдельных симптомов на протяжении коротких отрезков времени. Ведущее место занимают двигательные нарушения. Прогноз в отношении жизни благоприятный, за исключением случаев с острыми бульбарными нарушениями, дающими иногда летальный исход. Больные инвалидизируются в течение первых 3 – 5 лет заболевания, в связи с этим важное значение приобретает своевременность и правильность комплексных реабилитационных мероприятий.

**Расстройство** – нарушение нормального функционирования чего-либо, а также нарушение строя, порядка построения чего-либо; полный беспорядок из-за нарушения строя; неисправное состояние из-за ущерба, дезорганизации, нарушения порядка; причинение ущерба чему-либо; нарушение нормального состояния чего-либо.

**Расстройство психосенсорное** – нарушение, связанное с появлением иллюзорных образов; возникает при патологических процессах, происходящих в модально-специфических зонах головного мозга. К психосенсорным расстройствам относятся: фотопсии, полиморфопсии, зрительные, слуховые, обонятельные и вкусовые обманы, парестезии, систематические головокружения, искажения в восприятии частей собственного тела.

**Расстройство речи (логопатия)** выступает как следствие различных нарушений, бывает врожденным и приобретенным;

связано не с нарушением слуха, а с парезом или параличом мышц, принимающих участие в артикуляции, может быть следствием бульбарных и псевдобульбарных поражений и выражается в алалии, косноязычии, отдельных формах заикания. Патология речи может быть выражена в нарушении ее темпа и ритма. Замедление речи (брадилалия, брадиартрия) возникает в результате экстрапирамидных нарушений, ускорение темпа речи (тахилалия) наблюдается при эмоциональном возбуждении, невротических состояниях, при подкорковых поражениях.

**Расстройство тазовых органов** – понятие, включающее в себя расстройство мочеиспускания, дефекации и половой функции, которые могут развиваться как одновременно, так и изолированно.

**Расстройство чувствительности** – расстройство, развивающееся при поражении нервных клеток, выполняющих сенсорную функцию, и проводников, по которым импульсы передаются в кору головного мозга. Вся чувствительность разделяется на поверхностную и глубокую, в свою очередь поверхностная разделяется на болевую, температурную (холодовую и тепловую) и тактильную. Нарушения чувствительной сферы проявляются следующими симптомами раздражения и выпадения:

- боль, наиболее выраженная при вовлечении в процесс периферических нервов, задних корешков и зрительного нерва;
- парестезии – онемение, чувство ползания мурашек, покалывание и т. п.;
- анестезия – полная потеря чувствительности или одного из ее видов;
- гипестезия – понижение восприятия всей чувствительности или отдельных ее видов;
- гиперестезия – повышение чувствительности к различным видам раздражений;
- гиперпатия – крайнее неприятное болевое ощущение в ответ на даже легкое раздражение в сочетании с длительным последствием;
- дизестезия – извращенное восприятие раздражения, когда прикосновение воспринимается как укол, тепловое – как холодное и т. п.;
- аллохейрия – раздражающее ощущение появляется не в месте его нанесения, а в симметричной половине тела;

– полиестензия – одиночное раздражение  
воспринимается как множественное.

**Растормаживание** – прекращение состояния внутреннего торможения в коре больших полушарий головного мозга под влиянием постороннего раздражителя. Состояние торможения нарушается в той или иной степени, на больший или меньший срок в зависимости от силы постороннего раздражителя, длительности его действия и последствий.

**Рационализация** – один из механизмов психологической защиты: подмена своих неблагоприятных побуждений более приемлемыми.

**Рациональное трудовое устройство** – см. **Трудовое устройство рациональное**.

**Реабилитант** – индивид, являющийся объектом реабилитации.

**Реабилитационная диагностика** включает всестороннее обследование и состоит из следующих этапов: клинико-функциональная диагностика, социальная диагностика и определение потребностей инвалидов и лиц с прогнозируемой инвалидностью в мерах социальной помощи и содействие в их осуществлении. См. также **Диагноз реабилитационный**.

**Реабилитационная индустрия** – одно из направлений системы реабилитации, предусматривающее разработку, производство и реализацию реабилитационных изделий, обеспечение инвалидов средствами реабилитации в соответствии с их потребностями. Продукция и услуги реабилитационной индустрии должны соответствовать государственным (федеральным или региональным) реабилитационным стандартам и подлежат обязательной сертификации. Деятельность юридических и физических лиц в реабилитационной индустрии подлежит лицензированию.

**Реабилитационная необходимость** наступает в случае, если в результате повреждения или болезни возникает опасность временного или длительного нарушения функциональных способностей, существует угроза длительного ограничения жизнедеятельности или ухудшения самочувствия больного под влиянием негативных факторов окружающей среды.

**Реабилитационная служба системы образования** – единое реабилитационное пространство элитарных, общеобразовательных, адаптивных и профильных учреждений, обеспечивающих оптимальные возможности для благоприятного развития и социализации каждого ребенка и социальную реабилитацию детей и подростков. Основной целью является ранняя профилактика

отклонений в развитии, поведении, деятельности и общении несовершеннолетних и разносторонняя помощь детям группы риска. Основные задачи службы:

- выявление причин деформации в развитии детей и подростков;
- поиск средств и способов их устранения;
- оптимизация условий жизни, воспитания и обучения;
- построение адекватного социально-педагогического процесса, способствующего развитию нормальной личности;
- своевременное выявление детей группы риска;
- восстановление душевного равновесия и преодоление психологического кризиса у детей группы риска;
- оказание разносторонней помощи нуждающимся через реализацию специальных реабилитационных и коррекционно-развивающих программ.

**Реабилитационная способность** – стабильное соматическое и психическое состояние реабилитанта, его высокая мотивированность по отношению к предстоящему реабилитационному воздействию.

**Реабилитационные цели** преследуют восстановление стабильного состояния здоровья, трудоспособности и определенной активности пациента в обыденной жизни, по возможности в том виде и объеме, которые для этого человека считаются «нормальными» или типичны для его жизненной ситуации. Эта цель может быть достигнута посредством полного или наибольшего восстановления первоначальных структур и функций либо навыков и социальной роли, с применением «запасных стратегий» или использованием остаточных функций и навыков (компенсация), приспособлением окружающих условий к нарушенным навыкам или ограничениям (адаптация) на основе реабилитационной необходимости, реабилитационной способности (см. **Реабилитационная способность**) и реабилитационного прогноза (см. **Реабилитационный прогноз**).

**Реабилитационное учреждение** – учреждение, предназначенное для проведения комплексной реабилитации инвалидов. Основной задачей реабилитационного учреждения является восстановление социального статуса инвалида путем проведения медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и социальных мероприятий.

**Реабилитационно-экспертное заключение** – заключение федерального государственного учреждения медико-социальной

экспертизы о клинико-функциональном и социальном статусе больного (инвалида), характере и степени ограничений жизнедеятельности, реабилитационном потенциале, реабилитационном прогнозе, группе инвалидности и ограничении способности к трудовой деятельности, а также, в зависимости от этого, о необходимых характере и объеме реабилитационных мероприятий.

**Реабилитационный диагноз** – см. **Диагноз реабилитационный**.

**Реабилитационный подход** – применение комплекса мер медицинского, педагогического, профессионального и социального характера во взаимодействии с врачебным, сестринским, физиотерапевтическим, эрготерапевтическим, логопедическим, диетологическим и психотерапевтическим обеспечением, включая различные виды помощи по преодолению последствий заболевания, изменению образа жизни, снижению воздействия факторов риска.

**Реабилитационный потенциал** – комплекс биологических, психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности и определить возможный уровень восстановления нарушенных функций и социальных связей.

Выделяют базовую составляющую реабилитационного потенциала или потенциал «первого порядка» – уровень физического развития, соматические заболевания, характерологические особенности, психическое развитие и состояние, особенности мотивационной сферы и социального функционирования и другие компоненты, свойственные данному индивиду и сохранившиеся вопреки заболеванию или дефекту. Они служат основой для разработки индивидуальной программы реабилитации, предпосылкой для восстановления социального статуса.

Потенциал «второго порядка» – это разнообразные социально-средовые факторы: семейные, профессиональные, наличие групп поддержки или общественных организаций, правовые, национально-культурные, экономические, административно-территориальные и другие. Они обуславливают возможность проведения реабилитационной программы.

Для характеристики реабилитационного потенциала используют следующие показатели [М. В. Коробов; 1995]:

- высокий реабилитационный потенциал – полное восстановление всех обычных для человека видов

жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения;

- средний реабилитационный потенциал – неполное выздоровление с сохранением умеренно выраженного нарушения функции, выполнение основных видов деятельности с трудом в ограниченном объеме или с помощью технических средств;
- низкий реабилитационный потенциал – прогрессирующее течение заболевания, выраженное нарушение функций; значительное ограничение в выполнении большинства видов деятельности, выраженное снижением трудоспособности и способности к социальной интеграции; имеется потребность в социальной поддержке и постоянной материальной помощи;
- отсутствие реабилитационного потенциала – резко выраженное нарушение функции, невозможность самостоятельного выполнения основных видов деятельности.

**Реабилитационный прогноз.** 1. Научно обоснованное предположение о возможности восстановления нарушенных функций (биологических, личностных, социальных, трудовых) для адаптации инвалида к новым условиям жизнедеятельности, интеграции в социальную среду, профобучения и трудоустройства.

2. Предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала, конечный результат комплекса мероприятий индивидуальной программы реабилитации. Как правило, реализация реабилитационного прогноза требует длительного периода (месяцы, годы).

**Реабилитационный центр** – многофункциональное учреждение, реализующее комплексный подход к реабилитации инвалидов, деятельность которого направлена на наиболее полную адаптацию и интеграцию их в общество (см. **Реабилитационное учреждение**).

**Реабилитация девиантных детей и подростков** – комплексная, многоуровневая, этапная и динамическая система взаимосвязанных мероприятий, направленных на восстановление ребенка в правах, статусе, здоровье, дееспособности в собственных глазах и перед лицом окружающих; включает аспекты профилактики и коррекции отклонений в его поведении. Профилактика связана с устранением, сглаживанием, снятием причин, условий и факторов,

вызывающих те или иные отклонения в развитии личности; чаще всего связана со средой и социальным окружением ребенка. Коррекция предполагает работу с конкретными отклонениями и направлена прежде всего на самого ребенка.

**Реабилитация** – система различных мероприятий (медицинских, психологических, социальных и пр.), направленных не только на компенсацию имеющегося дефекта [М. М. Кабанов, 1973], но и на его предупреждение. Понимание в различных профессиональных кругах реабилитации как «долечивания, восстановления утраченных функций» (практическое здравоохранение), «различных вариантов психотерапии» (психологи, психотерапевты, психиатры), «получения льгот в соответствии со статусом» (социальные работники) или «восстановления трудоспособности» (специалисты бюро МСЭ) чрезвычайно сужает ее содержание и задачи. Все эти представления не исключают, а дополняют друг друга. Реабилитация на различных ее этапах в зависимости от динамики болезни должна пользоваться системой разных методов и мероприятий, однако с общей целью – социализировать больного (или инвалида), восстановить его личный и социальный статус, место в общественной и трудовой жизни.

**Реабилитация инвалидов** – процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости, его социальная адаптация и интеграция в общество.

**Реабилитация инвалидов в сообществе** – реабилитационные мероприятия, которые проводятся в естественных условиях, в обществе или сообществах при обеспечении взаимодействия инвалидов с членами этого сообщества. Главная цель такого подхода – включение лиц с инвалидностью в жизнь общества. Работа ведется на мезоуровне с опорой на ближайшее окружение и социальные сети.

Одним из принципов работы в сообществе является повышение потенциала. Повышение потенциала – это процесс, при котором люди с инвалидностью получают контроль над событиями, результатами, ресурсами, важными для них (см. **Философия независимой жизни инвалида**).

**Реабилитация комплексная** – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и

социально-политических мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей и социального статуса инвалида, а также на достижение им материальной независимости.

Основные направления комплексной реабилитации включают в себя мероприятия, с одной стороны, направленные на лиц с инвалидностью, с другой – на общество.

К первой категории мероприятий относятся:

- восстановительные медицинские методы: физиотерапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, трудотерапия, санаторно-курортное лечение и пр.;
- оккупационная терапия;
- методы адаптивной физической культуры: физкультурно-оздоровительные мероприятия, кондуктивная педагогика, подвижные игры, иппотерапия, инвалидный спорт;
- методы социального воздействия: социально-средовая и социально-бытовая реабилитация, социокультурная реабилитация, группы взаимопомощи, центры независимой жизни;
- профессиональная реабилитация: профессиональная ориентация, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственная адаптация и пр.;
- социально-психологические методы реабилитации: психологическое консультирование, психокоррекция, психотерапия, тренинги социальных навыков, терапия средой и пр.;
- методы психолого-педагогической направленности: коррекционно-педагогические, информационно-образовательные программы, обучение «жизни с инвалидностью» и пр.

Мероприятия, направленные на общество:

- законодательная и правозащитная деятельность;
- приспособление градостроительной и жилой среды к потребностям инвалидов;
- программы по дестигматизации лиц с ограниченными возможностями.

**Реабилитация медико-педагогическая** – система медико-педагогических мер, направленных на включение аномального



ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Реабилитация осуществляется с помощью медицинских средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки. Задачи реабилитации решаются в системе специализированных учебно-воспитательных учреждений для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются спецификой аномального развития (см. **Реабилитация медицинская, Реабилитация психологическая, Реабилитация социальная**).

**Реабилитация медицинская** – восстановление нормальной жизнедеятельности и трудоспособности больных или инвалидов, достигаемое различными методами лечения и применением иных специальных мер; комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и развитие физиологических функций больного человека, на выявление и активацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для возвращения пациента к активной самостоятельной жизни. Медицинская реабилитация включает в себя все виды восстановительного лечения в стационарных, амбулаторных, санаторно-курортных условиях, диспансерное наблюдение и профилактику, протезирование и ортезирование, реконструктивную хирургию, трудотерапию. К методам медицинской реабилитации относятся также фармакотерапия и лечение средствами народной медицины, диетическое питание, лечебная физкультура, методы физического воздействия (массаж, физиотерапия), санаторно-курортное лечение.

Медицинская реабилитация является начальным звеном в системе общей реабилитации и может проходить параллельно с другими видами реабилитации.

**Реабилитация образовательная** – сложный комплекс, включающий в себя процессы получения инвалидом необходимого общего образования, а при необходимости – различных уровней и видов специального или дополнительного образования, профессиональной подготовки для получения новой профессии. Часто перекрывается понятием «педагогическая реабилитация», однако социальный смысл этого явления намного шире – доступ к современному и качественному образованию является одним из важнейших социальных ресурсов, обеспечивающих достойный социальный старт, развитие и полноценное существование инвалидов. Блокада доступа к образовательным учреждениям, невозможность

получить высокий уровень образования приводит к не востребоваемости инвалида на рынке труда и вынуждает его заниматься низкоквалифицированным трудом.

Особое место в образовательной реабилитации занимают информационно-образовательные программы инвалидов и их семей. Они направлены на получение дополнительных знаний в области медицины, защиты прав, существующих социальных сетей поддержки, а также на улучшение адаптации инвалида и его близких, на приобретение навыков «жизни с инвалидностью», совладания с болезнью и новым социальным статусом, навыков решения проблем и улучшения качества жизни.

**Реабилитация педагогическая** – мероприятия обучающего и воспитательного характера, направленные на то, чтобы дети-инвалиды, психически больные и умственно отсталые лица приобрели социальный опыт, овладели необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию и жизненному самообеспечению, социальным нормам поведения. К педагогическому аспекту реабилитации относятся коррекционная педагогика, образование детей и взрослых, имеющих дефекты, которые затрудняют процесс обучения, а также организация образовательных школ для больных и их родственников.

**Реабилитация профессиональная (реабилитация трудовая, реабилитация профессионально-трудова)** – комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных по состоянию здоровья условиях труда с целью достижения им материальной независимости и интеграции в общество. Включает в себя профессиональную ориентацию, профессиональное образование, трудовое устройство и трудовую занятость; предусматривает переобучение или обучение доступным формам труда, мероприятия, направленные на профессионально-производственную адаптацию инвалида, приспособление рабочего места к функциональным возможностям больного или инвалида на его прежнем предприятии, организацию специальных цехов и предприятий с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем.

**Реабилитация психологическая** – система медико-психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных функций психических состояний, личностного и социально-трудова статуса больных и инвалидов, а также лиц, перенесших заболевание, получивших психическую травму в результате резкого изменения социальных отношений, условий жизни

и пр.; способствует восстановлению (формированию, развитию) различных видов психической деятельности, психических функций, качеств и образований, позволяющих инвалиду успешно адаптироваться в социальной среде, принимать и выполнять соответствующие социальные роли, достигать высокого уровня самореализации.

В основе данного вида реабилитации лежит представление о болезни как разрушительном процессе в организме, характеризуемом не только плохим физическим самочувствием больного, но и изменением его личности, сдвигами в эмоциональной сфере. Психологическая реабилитация предусматривает устранение последствий переживаний, нежелательных установок, неуверенности в своих силах, тревоги о возможности ухудшения состояния и рецидива болезни, и пр.; задача психологической реабилитации – разработка эффективных методов восстановления личностных установок, направленных на преодоление последствий болезни у лиц, перенесших нервные и психические заболевания, протезирование органов, тяжелые хирургические вмешательства, имеющих хронические заболевания, нуждающихся в психологической коррекции, в случаях изменения жизненных стереотипов или социальной дезадаптации от длительного лечения, социальной изоляции, стихийных бедствий и пр. Особое внимание уделяется работе, направленной на компенсацию утраченных профессиональных и социально-адаптивных качеств.

**Реабилитация социальная** – комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции инвалидов, восстановления их социального статуса и способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности путем социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации, различных видов патронажа и социального обеспечения. Включает в себя комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и других мер; имеет тесную взаимосвязь с восстановительным лечением и адаптацией. См. также **Реабилитация социально-бытовая**, **Реабилитация социально-педагогическая**, **Реабилитация социально-психологическая**, **Реабилитация социально-средовая**, **Реабилитация социокультурная**, **Реабилитация профессиональная**.

**Реабилитация социально-бытовая** – приобретение больным или инвалидом или восстановление утраченных им в результате болезни навыков по самообслуживанию; ей способствует создание

необходимых условий для независимого существования инвалида, предоставление услуг по дому, организация питания, патронажа и оказание социально-медицинской помощи.

Социально-бытовая реабилитация включает: социально-бытовое устройство, социально-бытовую ориентацию, социально-бытовое образование, социально-бытовую адаптацию.

- **Социально-бытовое устройство** – создание необходимых условий для независимого существования инвалида путем приспособления его жилища к его функциональным возможностям, оснащение помещений специальными вспомогательными устройствами для облегчения самообслуживания.
- **Социально-бытовая ориентация** – процесс ознакомления инвалида с предметами и окружением социально-бытового назначения. Социально-бытовая ориентация особенно важна для лиц с нарушением зрения, психическими расстройствами, при изменении привычной среды обитания.
- **Социально-бытовое образование** – обучение инвалидов навыкам самообеспечения в быту, персональной сохранности, вопросам диетотерапии, режима дня, пользованию лекарственными средствами, навыкам пользования вспомогательными приборами и техническими средствами. Прежде всего это вспомогательные технические средства при нарушениях слуха, зрения, а также протезы, костыли, ходунки и другие приспособления для больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата. При обучении инвалида пользованию техническими средствами реабилитации необходимо учитывать соответствие эргономических требований физическим и психофизиологическим возможностям инвалида.
- **Социально-бытовая адаптация** – приспособление человека с инвалидностью к конкретным бытовым условиям. В одних случаях используются возможности приспособления инвалида к привычным бытовым предметам, условиям, бытовому оборудованию на основе реабилитационного потенциала с использованием элементарных приспособлений. В других случаях требуются специальные вспомогательные устройства, обеспечивающие не только социально-бытовую

адаптацию, но и относительно независимый образ жизни. Социально-бытовая адаптация инвалидов реализуется в трех категориях жилищ:

- специально оборудованных квартирах;
- специально оборудованных модифицированных домах с комплексом социально-бытовых услуг;
- специализированных жилищах (домах-интернатах общего и психоневрологического профиля).

**Реабилитация социально-педагогическая** – комплекс педагогических методов и средств, направленных на процесс приспособления инвалидов к условиям социальной среды. Социально-педагогическая реабилитация включает формирование, коррекцию и компенсацию функций в процессе образования (как общего, так и специального) методами обучения, воспитания, развития, содействие в приобретении знаний и навыков, необходимых для развития и самореализации, в осознании ценностных ориентиров, в формировании чувства причастности к группе, социуму. Социально-педагогическая реабилитация включает коррекционное и просветительское направления, социально-педагогический патронаж и поддержку.

**Реабилитация социально-психологическая** – система мер и специфических воздействий, ориентированных на формирование (восстановление) способностей инвалида, апеллирующих прежде всего к психологическим механизмам; предусматривает адаптацию больных и инвалидов к социальному окружению, повышение самосознания путем формирования адекватного отношения к своему заболеванию, улучшение способности к решению психологических проблем, исполнение инвалидом своих социальных ролей и реальное включение его в разные сферы социальных отношений и жизнедеятельности. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий и является неотъемлемым компонентом (скрытым или явным) любых видов реабилитационных мероприятий, так как, во-первых, социальный эффект присущ каждому реабилитационному воздействию, во-вторых, со стороны инвалида к последнему всегда имеется субъективное отношение.

**Реабилитация социально-средовая** включает социально-средовую ориентацию, социально-средовое образование, социально-средовую адаптацию.

- **социально-средовая ориентация** – ориентация больного и инвалида в окружающей среде; сюда входит установление взаимоотношений с людьми, знакомство с территорией, расположенными на ней социально-значимыми объектами;
- **социально-средовое образование** – процесс обучения индивида навыкам пользования средой, навыкам перемещения в окружающей среде, пользования транспортом, умению самостоятельно приобретать продукты и вещи, посещать общественные места, места проведения досуга; а также обучение социальной независимости (возможность самостоятельного прожить, распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности);
- **социально-средовая адаптация** – процесс и результат приспособления субъекта к объектам жизнедеятельности и овладения им навыками самостоятельного жизнеобеспечения и пользования гражданскими правами. Социально-средовая адаптация значительно облегчается при соответствующем потребностям инвалида приспособлении градостроительной среды, устранении архитектурно-строительных барьеров для лиц с ограниченными возможностями (см. **Доступная среда жизнедеятельности**).

**Реабилитация социокультурная** – см. **Социокультурная реабилитация**.

**Реабилитация трудовая** – см. **Реабилитация профессиональная**.

**Реабилитация членов семьи инвалида** – помощь членам семьи инвалида выйти из состояния хронического психологического стресса, т. к. наличие в семье инвалида, особенно страдающего тяжелой двигательной патологией с ограничением самообслуживания, приводит к различным социальным и психологическим внутрисемейным явлениям, которые не всегда благоприятно сказываются как на семье, так и на самом инвалиде. Решение данной проблемы предусматривает:

- разъяснение родственникам причины возникновения патологии, что позволяет в значительной мере снять личную вину с родителей при рождении ребенка-инвалида;

- показ перспективы преодоления патологии и возможностей достижения положительного результата;
- раскрытие места и роли ближайшего окружения в эффективности реабилитации инвалида;
- разработку методов диагностики состояния семьи, имеющей инвалида;
- определение основных потребностей семьи и возможных перспектив реабилитации семьи;
- разработку программы реабилитации семьи и исполнение данной программы;
- информирование о правах и обязанностях родителей, имеющих ребенка-инвалида.

**Реабилитология** – наука, изучающая процессы реабилитации, восстановления после различных заболеваний, а также процессы реабилитации инвалидов, лиц с теми или иными физическими и психическими дефектами или ограниченными возможностями.

**Реадаптация** (лат. приставка re – повторное, возобновляемое действие) – возвращение системы (элемента) к первоначальному состоянию после прекращения повреждающего воздействия среды; приспособление к жизни на новом уровне с использованием резервных, компенсаторных возможностей.

**Реадаптация медицинская** – комплекс лечебно-профилактических мер, направленных на восстановление (повторную адаптацию) утраченных физиологических и психофизиологических реакций человека, обеспечивающих его приспособление к условиям жизнедеятельности.

**Реадаптация социальная (социореадаптация)** – процесс повторного включения индивида в социальный контекст и формирования у него компенсаторных социальных навыков после тяжелой болезни, из-за которой были нарушены прежние социальные связи; создание соответствующих социальных условий в семье (улучшение жилищных условий, материальное обеспечение), восстановление утраченных контактов с окружающими, которые дают возможность больному вернуться к социально полезной деятельности, восстановление его общественного положения. Включает в себя как реадаптацию трудовую, так и собственно социальную (адаптация социальная).

**Реактивность** – способность организма при взаимодействии с различными повреждающими факторами отвечать включением

защитно-приспособительных механизмов, соответствующих характеру повреждающего фактора.

**Реактивность организма** – свойство организма определенным образом реагировать на многообразные физиологические и болезнетворные раздражители окружающей среды. Видовая (биологическая) реактивность организма включает особенности, характерные для всего биологического вида (например сезонные изменения животных: зимняя спячка, миграция, анабиоз и др.). Однако внутри вида можно выделить группы, которые по-разному реагируют на внешние воздействия в зависимости от конституционных различий или приобретенных особенностей. Можно выделить группы людей, обладающих общей для них групповой реактивностью организма (например обусловленной характером профессиональной деятельности). В то же время каждый обладает индивидуальной реактивностью, которая изменяется с возрастом, и поэтому у лиц пожилого возраста многие болезни протекают с мало выраженными симптомами. Снижают реактивность такие факторы, как охлаждение, утомление, неполноценное питание, гиповитаминозы. При пониженной реактивности нарушаются восстановительные процессы, ослабляются иммунные реакции; повышенная реактивность организма характеризуется обратными сдвигами; при извращенной реактивности изменения возникают либо в неадекватной степени (например аллергия), либо в необычном месте.

**Реактивные состояния** – психические расстройства, возникающие в результате острых стрессовых ситуаций. Внезапная опасность может вызвать у человека психогенный шок, который проявляется в паническом страхе и беспорядочном двигательном возбуждении. Причиной реактивного состояния могут выступать длительные психические травмы, когда отрицательные раздражения небольшой интенсивности действуют постоянно и, накапливаясь, приводят в итоге к так называемой реактивной депрессии. Такие реактивные состояния могут принимать разные формы: проявляться во временной утрате приобретенных знаний, навыков, остром бреде и реактивной депрессии, которая характеризуется тоскливостью, заторможенностью, иногда попытками к самоубийству.

**Реакция** – любой ответ организма на изменение во внешней или внутренней среде, от биохимической реакции отдельной клетки до условного рефлекса; выделяют реакции врожденные и приобретенные.



**Реакция кожно-гальваническая** – см. **Кожно-гальваническая реакция**.

**Реакция личности на болезнь** – формы психологического или патологического реагирования личности на болезнь или дефект (см. **Позогении**). Она зависит от возраста, пола, особенностей заболевания или дефекта, а также характерологических особенностей – гармоничные личности обычно адекватно воспринимают соматическое заболевание, у акцентуированных личностей реакция на болезнь носит патологический характер.

Выделяют следующие реакции личности на болезнь:

- **нормогнозия** – адекватная оценка тяжести болезни,
- **агнозия** – отсутствие сознания своей болезни,
- **гипогнозия** – недооценка тяжести болезни,
- **гипергнозия** – переоценка тяжести имеющегося заболевания.

**Реакция непроизвольная** – формы поведения, изначально не подлежащие сознательному управлению (например вегетативные реакции), при этом последствия подобной реакции могут осознаваться, после чего сама реакция может ставиться под контроль сознания.

**Реампутация** – повторная ампутация, проводимая для устранения пороков и заболеваний культи конечности для последующего протезирования.

**Ревматизм** (от греч. rheumatismos – истечение) – системное воспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе и развивающееся у предрасположенных к нему лиц, главным образом молодого возраста, в связи с инфицированием  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А. Заболевание в большинстве случаев начинается в возрасте 7-15 лет; у взрослых, как правило, является продолжением заболевания, начавшегося в детском возрасте. Довольно часто возникает в так называемых закрытых коллективах (училищах, воинских казармах) в первые месяцы их формирования, когда обычно возрастает число случаев острых респираторных инфекций (особенно ангины), вызванных  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А. При характерном многообразии симптомов ведущим является поражение сердца, определяющее тяжесть и прогноз заболевания. Наиболее характерные симптомы: сердцебиение, одышка при обычной или незначительной физической нагрузке, боли и чувство тяжести в области сердца, нарушение ритма сердечной деятельности,

приглушение тонов, появление систолического или диастолического шума; отмечается воспаление преимущественно крупных и средних суставов (коленных, лучезапястных, голеностопных), боли в пораженных суставах, их припухлость, местное (в области пораженного сустава) и общее повышение температуры тела, суставы поражаются симметрично, поражение суставов носит мигрирующий характер (поочередное вовлечение суставов в патологический процесс); у детей нередко отмечается поражение центральной нервной системы (малая хорья – см. **Хорья**), которое характеризуется насильственным сокращением отдельных мышц или их групп (см. **Гиперкинезы**) и пониженным тонусом мышц. Отмечаются и другие проявления ревматизма, которые, однако, не выступают на первый план в клинической картине болезни.

**Ревматоидный артрит** – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов; чаще (в 2 – 3 раза) болеют женщины; причины развития заболевания не установлены. Больные жалуются на боли в суставах, ограничение движений, скованность в суставах по утрам. Суставы поражаются обычно симметрично, многие суставы конечностей (полиартрит), особенно часто поражаются суставы кистей, стоп, лучезапястные, локтевые и коленные суставы. Отмечается деформация пораженных суставов, вначале за счет их припухлости, а позже и вследствие образования подвывихов, контрактур и даже анкилозов; постепенно нарушается функция сустава. Может наблюдаться увеличение лимфоузлов, невриты, поражения внутренних органов, повышение температуры. Течение обычно медленно прогрессирующее с периодами обострения. Лечение непрерывное и комплексное. Помимо лекарственной терапии большое значение имеет двигательная реабилитация.

У детей ревматоидный артрит (ювенильный ревматоидный артрит) имеет ряд особенностей в клинических проявлениях; в отличие от взрослых у детей нередко наблюдаются формы болезни с поражением небольшого числа (преимущественно 1 – 3) крупных суставов – коленных, голеностопных, лучезапястных; чаще отмечается поражение шейного отдела позвоночника, возможно нарушение роста кости. Особым вариантом ревматоидного артрита у детей является болезнь Стилла, для которой помимо поражения суставов характерны лихорадка, плеврит, перикардит, миокардит, увеличение лимфоузлов, печени, селезенки, кореподобная сыпь. Прогрессирование ревматоидного артрита у детей происходит медленнее, чем у взрослых.

**Регресс** – 1. Переход от высших форм развития к низшим, движение назад, изменение к худшему; понятие, противоположное прогрессу.

2. В биологии – упрощение строения организма в ходе эволюции вследствие приспособления к изменившимся условиям существования.

3. В реабилитологии и дефектологии – деградация некоторой функции, ее возврат на более низкий уровень развития. Может носить как временный (вызванный, например, соматическим заболеванием в раннем возрасте), так и стойкий характер (связанный с серьезным повреждением функции, например, возврат к автономной речи при раннем детском аутизме или к детским формам поведения при гебефрении). Регрессу подвержены менее зрелые функции. Его следует отличать от распада – грубой дезорганизации функции.

**Регрессия** (от лат. *regressus* – движение назад) – форма психологической защиты; характеризуется тем, что при ее реализации происходит возврат к более примитивным формам поведения и мышления, которые были свойственны более ранней стадии онтогенетического развития.

**Резистентность** – устойчивость организма к воздействию различных повреждающих факторов.

**Резонёрство** – склонность к рассуждениям на отвлеченные темы, лишённые цели и смысла, бесплодное мудрствование, не относящееся к выполняемой деятельности.

**Результат реабилитационного процесса в кондуктивной педагогике** – понятие, интерпретированное А. Пето много лет назад следующим образом: «Ребенок (за исключением слабовидящих и слабослышащих) на своих ногах идет в общую школу». Сегодняшний уровень подхода к проблеме дает новые возможности для конкретизации и детализации этой формулировки. Выделяют четыре уровня успешности реабилитационного процесса в проблеме интеграции инвалида в общество или, по крайней мере, в семью [Е. Т. Лильин; 1997]:

- Необходимость минимальной помощи в общественных местах и полная самостоятельность в домашних условиях. Интеллект не нарушен. Посещение общеобразовательной школы необходимо.
- Необходимость определенной помощи в общественных местах в виде дополнительной опоры (костыли, ремни) для преодоления расстояния в 100 и более метров. Для преодоления больших расстояний

требуется кресло-коляска. Нарушения интеллекта отмечаются в минимальной и избирательной степени. Посещение общеобразовательной школы крайне желательно.

- Помощь другого лица требуется для преодоления любого расстояния. Отмечается, как правило, задержка психического и социального развития той или иной степени. Возможно обучение на дому.
- Результат приводит только к улучшению соматического и интеллектуального состояния пациентов, облегчая им положение в семье. Обучение нереально или крайне затруднено.

На сегодняшний день в связи с активным развитием реабилитологии как науки уже и эти уровни успешности реабилитационного процесса нуждаются в дополнении.

**Реклиinator** (от лат. *reclio* – отклонять назад) – лечебно-профилактическое средство, предназначенное для реклиации позвоночника при умеренных и выраженных искривлениях позвоночника и дефектах осанки.

**Реконвалесценция** – это этап выздоровления с восстановлением нарушенных биологических и психологических функций организма.

**Реконструктивная хирургия** – метод восстановления анатомической целостности и физиологической состоятельности организма, включает в себя методики косметологии, органозащищающей и органовосстанавливающей хирургии.

**Рекреация** – 1. Отдых, восстановление сил человека, израсходованных в процессе труда.

2. Оздоровление, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие; развлечение, интересное проведение досуга.

3. В реабилитологии приобретает специфическое значение: использование двигательной активности, направленное на активацию, поддержание или восстановление физических и духовных сил, затраченных инвалидом во время какого-либо вида деятельности (труда, учебы, спорта, активного отдыха и пр.), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга, на оздоровление, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием.

**Релаксация** (от лат. *relaxation* – облегчение, расслабление) – состояние покоя, расслабленности, наступающее при отходе ко сну, а также после сильных переживаний или физических усилий.

Релаксацией называется также полное или частичное мышечное расслабление, достигаемое произвольно за счет специальных упражнений (наиболее распространенный способ достижения релаксации – аутогенная тренировка).

**Ремиссия** (от лат. remisso – уменьшение, ослабление) – этап течения болезни, характеризующийся временным ослаблением (неполная ремиссия) или исчезновением (полная ремиссия) ее симптомов; уменьшение или смягчение симптомов нарушений, вызванных болезнью, а также период времени, за который происходит это уменьшение или смягчение. Может наступить в результате временной активации защитных сил организма, проводимого лечения, а также в связи со специфическими особенностями развития болезни, когда закономерно наблюдается временное исчезновение болезненных явлений. Ремиссия не является возвратом к состоянию здоровья; может продолжаться от нескольких дней до нескольких лет и даже десятилетий (при психических заболеваниях), в последних случаях ремиссия может создавать впечатление полного выздоровления.

**Ресоциализация** – 1. Социальная реабилитация применительно к душевнобольным. Выделяют следующие этапы ресоциализации: восстановительная терапия, направленная на предупреждение дефекта; реадaptация – приспособление больного к условиям среды (высокий или низкий уровень приспособления); реабилитация – восстановление социальных связей больного, его индивидуальной и общественной ценности.

2. Процесс повторной социализации инвалидов, осуществляемый при условии, что знания и навыки, приобретенные ранее в ходе социализации, не способствуют социальной адаптации или обуславливают социально неприемлемое поведение. Ресоциализация подразумевает деконструкцию ранее сложившихся стереотипов поведения и замену их новыми, более функциональными и социально приемлемыми.

3. Восстановление утраченной по какой-либо причине (тяжелое заболевание, длительное тюремное заключение) способности адекватно выполнять те или иные социальные роли.

**Ретикулярная формация** – совокупность нервных образований, расположенных в центральных отделах мозгового ствола на всем его протяжении (средний, продолговатый мозг). К ретикулярной формации относят также некоторые ядра гипоталамуса и таламуса. Имея обширные, химически гетерогенные афферентные (восходящие от ретикулярной формации) и эфферентные (нисходящие к ретикулярной формации) связи (активирующие и

синхронизирующие, или тормозные) с другими системами ЦНС, ретикулярная формация играет важную роль в организации и регуляции различных видов деятельности, в регуляции уровня бодрствования и сна. При тесном взаимодействии с корой головного мозга обеспечивает соответствующую виду деятельности дифференцированную (генерализованную или локальную) активацию ЦНС, модулирует сенсорные входные сигналы и моторные нисходящие импульсы.

**Референтная группа** – социальная группа, по отношению к которой индивид чувствует свою принадлежность, с которой он себя идентифицирует, при этом реально принадлежать он может совершенно к другой группе. Ведущим признаком референтной группы могут выступать экономические, политические, культурные или профессиональные атрибуты.

**Рефлекс** – реакция на возбуждение рецепторов, закономерная ответная реакция организма на раздражитель, обусловлена воздействием некоторого фактора внешней или внутренней среды на анализатор. Проявляется в сокращении мышц, выделении секрета. Различают рефлексы врожденные (безусловные) – наследственно закрепленные стереотипные формы реагирования на биологически значимые воздействия, и рефлексы приобретенные (условные) – в основе которых лежит выработка новых временных связей между раздражителем и реакцией субъекта.

**Рефлекс в неврологии.** Исследование рефлексов имеет важное диагностическое значение для получения объективных данных о состоянии нервной системы. Каждый рефлекс имеет соответствующую ему рефлекторную дугу, в состав которой входят определенные для данного рефлекса чувствительные и двигательные структуры нервной системы; их поражение проявляется изменением (исчезновением, понижением, повышением или качественным изменением) нормальных рефлексов, что используется в топической диагностике. Выявление локализации (топики) поражения путем исследования рефлекса основывается на четком представлении об анатомической цепи нейронов, составляющих рефлекторную дугу исследуемого рефлекса.

У человека количество рефлексов, которые могут быть вызваны теми или иными способами, достаточно велико, однако в неврологической практике при обследовании больного используют лишь небольшое количество рефлексов, наиболее доступных для выявления и отличающихся наибольшим постоянством у здорового человека. Исследование рефлексов требует практического навыка, при

отсутствии которого может быть получена ложная картина изменения рефлексов, а следовательно, и неверное суждение о состоянии того или иного отдела нервной системы обследуемого.

**Рефлексия** – процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний; предполагает особое направление внимания на собственную деятельность и достаточную зрелость. Возможна фокусированная, то есть направленная, рефлексия на осознание внутреннего мотива деятельности. В социальной психологии рефлексия означает способность понимать субъектом то, как он воспринимается и оценивается другими субъектами или группой.

**Рефлексия социально-психологическая** – понимание другого путем размышления за него; широко применяется в технике транзактного (транзактного) анализа.

**Рефлексотерапия** – общее название ряда методов лечения, основанных на раздражении биологически активных точек поверхности тела, воздействие на которые обуславливает рефлекторные реакции различных органов и систем организма. Для воздействия на активные точки (см. **Точки акупунктуры**) применяют различные по силе, характеру и продолжительности раздражители. Их наносят уколами специальных игл (см. **Иглорефлексотерапия**), прижиганием, электрическим током с помощью различных аппаратов. Различают корпоральную рефлексотерапию (воздействие на точки акупунктуры поверхности тела), аурикулярную (воздействие на точки акупунктуры ушной раковины), краниальную, или скальпотерапию (воздействие на точки акупунктуры головы) и др. Механизм действия рефлексотерапии сложен и нуждается в дальнейшем изучении. По современным представлениям в ее основе лежат процессы, включающие нейрофизиологические и нейрохимические компоненты рефлекса, в последнее время показана роль эндогенных опиатов и других нейропептидов, обеспечивающих нормальное функционирование центральной нервной системы и организма в целом. Лечение осуществляет только врач после клинического обследования и установки диагноза. Рефлексотерапия эффективна при неврологических синдромах, обусловленных остеохондрозом, гипертонической болезнью I – II стадии, последствиях нарушения мозгового кровообращения, бронхиальной астме без легочно-сердечной недостаточности, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, полиартритах и прочих заболеваниях. Применение рефлексотерапии в комплексе с другими методами лечения расширяет ее возможности и повышает эффективность. Основными

противопоказаниями к рефлексотерапии являются инфекционные и онкологические заболевания; также противопоказана в грудном и старческом возрасте; не рекомендуется сочетать с лучевой терапией, большими дозами наркотических, психотропных и гормональных препаратов.

**Рецепторы** (от лат. *recipere* – получать, принимать) – специализированные образования, приспособленные для восприятия специфических раздражителей. Являются окончаниями чувствительных (афферентных) нервных волокон. Рецепторы, воспринимающие раздражения из окружающей среды, называются экстерорецепторами; рецепторы, воспринимающие раздражения из внутренней среды организма, – интерорецепторами; выделяют также группу рецепторов, расположенных в скелетных мышцах и сухожилиях и сигнализирующих о тонусе мышц, – проприорецепторы. В зависимости от характера раздражителя рецепторы разделяют на несколько групп:

- механорецепторы – рецепторы, воспринимающие механические раздражения (тактильные рецепторы кожи и слизистых оболочек);
- барорецепторы – рецепторы, расположенные в стенках кровеносных сосудов и реагирующие на изменение кровяного давления;
- фонорецепторы – рецепторы, воспринимающие звуковые раздражения;
- фоторецепторы, расположены в сетчатке глаза и воспринимают световые раздражители;
- рецепторы отолитового аппарата, обеспечивают восприятие гравитации и изменения положения тела в пространстве;
- хеморецепторы – рецепторы, реагирующие на воздействие каких-либо химических веществ (осморекторы воспринимают изменения осмотического давления; вкусовые, обонятельные – реагируют на наличие химических веществ в окружающей среде др.);
- терморецепторы воспринимают изменения температуры внутри организма и окружающей его среды;
- болевые рецепторы – особая группа рецепторов, могут возбуждаться механическими, химическими и температурными раздражителями такой силы, при



которой возможно разрушительное их действие на ткани или органы.

Морфологически рецепторы представляют собой простые свободные нервные окончания или же имеют форму волосков, спиралей, пластинок, палочек, колбочек и т. д. Рецепторы имеют высокую абсолютную чувствительность. Например, для возбуждения фоторецепторов достаточно всего 5 – 10 квантов света, обонятельных – одной молекулы пахучего вещества. При длительном воздействии происходит адаптация рецепторов, что проявляется снижением их чувствительности к адекватному раздражителю. Различают быстро адаптирующиеся (тактильные) и медленно адаптирующиеся (хеморецепторы, барорецепторы) рецепторы; вестибулярные и проприорецепторы практически не адаптируются.

Патология рецепторов чаще всего связана с поражением афферентных нервных волокон вследствие их травмы (см. **Нервы**), атрофического процесса и других причин. Поражения рецепторов могут быть обусловлены нарушением обменных процессов, токсическими воздействиями, влиянием сильных раздражителей (например, яркий свет способен вызвать офтальмию, сильный звук – тугоухость).

**Рецидив** (от лат. *recidivus* – возобновляющийся) – возврат симптомов болезни после кажущегося выздоровления или временного улучшения. Периоды между рецидивами, когда проявления болезни временно исчезают, называют ремиссией (см. **Ремиссия**). Причиной рецидива является неполное выздоровление, сохранение действия болезненных факторов. Многим заболеваниям свойственно хроническое рецидивирующее течение, к ним относятся язвенная болезнь, ревматизм, подагра, хронический бронхит, бронхиальная астма, хронический пиелонефрит и пр., а также многие инфекционные болезни. Клиническая картина рецидива может полностью или частично соответствовать первоначальной картине болезни или значительно от нее отличаться. Лечение рецидива в основном соответствует лечению болезни при начальном ее проявлении.

**Рецепторная координация** (от лат. *reciprocus* – возвращающийся, взаимный) – взаимодействие нервных центров, при котором возбуждение одних центров ведет к торможению других, в частности, при возбуждении нейронов мышц-сгибателей происходит торможение активности нейронов мышц-разгибателей; при возбуждении центра вдоха затормаживается центр выдоха.

**Речевая патология** – см. **Нарушения речи**.

**Речевые кинестезии** (от греч. kinema – движение и aisthesis – чувство, ощущение) – форма кинестезических ощущений. Аfferентные импульсы, которые идут от периферических органов речи в кору головного мозга. Возникают не только при внешней речевой активности, но и при выполнении умственных действий, когда может происходить повышение тонуса речевой мускулатуры и возникновение двигательной импульсации из-за скрытого проговаривания слов. Выполнение трудных или новых задач связано с повышением уровня речевых кинестезий, а при автоматизации умственных операций этот уровень существенно уменьшается. Для изучения речевых кинестезий, как правило, используют электромиограф, регистрирующий двигательную активность с губ, языка, гортани.

**Речевые нарушения** – см. **Нарушения речи.**

**Речевые отклонения** – см. **Нарушения речи.**

**Речь** – сложившаяся исторически в ходе материально-преобразующей деятельности людей форма общения посредством языковых конструкций, создаваемых на базе определенных правил. Выделяют следующие ее функции:

- **индикативная** – использование речи для передачи другим людям некоего сообщения с целью явного или неявного указания на какой-либо объект;
- **коммуникативная** – использование речи с целью передачи другим людям некоторой информации или побуждения их к действию;
- **предикативная** – использование речи с целью высказывания собственных суждений по неким вопросам; синоним – функция высказывания;
- **семантическая** – использование речи с целью передачи смысла, скрытого в мысли и отражающего смыслозначимые свойства предметов, явлений, действительности, действий и отношений между ними во внешнем мире;
- **эмоционально-выразительная** – использование речи с целью выражения собственного эмоционального отношения к некому объекту или ситуации.

**Речь дактильная** – речь, воспроизводящая слова посредством дактильных букв – определенных конфигураций пальцев и их движений. Применяется в отечественной сурдопедагогике как вспомогательное речевое средство при обучении глухих словесной речи, а также в межличностной коммуникации глухих и в общении

слышащих с глухими (см. **Дактилография, Дактилология, Речь жестовая, Речь мимико-жестовая**).

**Речь жестовая** – способ межличностного общения людей, лишенных слуха, посредством системы жестов; характеризуется своеобразными лексическими и грамматическими закономерностями, которые обусловлены своеобразием ее основной семантической единицы – жеста, а также его функциональным назначением (использованием в сфере непринужденного общения). В сфере официального общения (собрания, лекции и пр.) применяется калькирующая жестовая речь, когда жесты последовательно применяются для воспроизведения слов. В ней применяются элементы дактильной речи для обозначения окончаний, суффиксов и пр. Применяется как вспомогательное средство (наряду с основным – словесной речью) в обучении и воспитании детей с недостатками слуха.

**Речь мимико-жестовая** – вынужденная форма общения глухих, не владеющих словесной речью. Основой является система жестов, каждый из которых имеет свое значение. Для восполнения и уточнения жестов используется мимика, которая не только выражает чувства, состояния, но и изменяет значение жеста.

**Ригидность** (от лат. *rigidus* – жесткий твердый) – негибкость, неподатливость, оцепенелость, обусловленная напряжением мышц; в психологии – склонность подолгу застревать на каких-либо переживаниях, в этом случае выступает как синоним понятия «вязкость».

**Ритмы мозга** – спонтанная электрическая активность мозга. В том или ином психологическом состоянии меняется набор ритмов, составляющих электроэнцефалограмму, в которой можно выделить следующие ритмы: альфа, бета, гамма, дельта, тета. При активации (психическом напряжении, решении задач, работе) происходит усиление высокочастотных ритмов, а при достижении покоя (сна) – низкочастотных. В частности, при достижении состояния гипнотического сна исчезает альфа-ритм, снижается частота и амплитуда бета-ритма, нарастают дельта- и тета-ритмы. Отмечено также, что ритмы мозга гипнолога и испытуемого, подвергающегося воздействию гипноза, синхронизируются. Низкий бета-ритм (15 Гц) свидетельствует о нормальном состоянии бодрствования, высокий бета-ритм (30 Гц) – о наркотическом опьянении, низкий тета-ритм (4 Гц) – о глубоком сне.

**Родительские коррекционные группы** – группы психологической коррекции и психотерапевтической помощи родителям, имеющим нарушения во взаимоотношениях «родитель-

ребенок». Неверная родительская позиция, неэффективное взаимоотношение с ребенком могут возникать по следующим причинам: психологическая или педагогическая неграмотность родителей; ригидные стереотипы воспитания; личные проблемы и особенности родителя, вносимые в общение с ребенком, и пр. Цели, задачи и формы групповой работы в родительских коррекционных группах определяются проблемами семьи, задачи личностного развития членов группы при этом не ставятся, прежде всего группа решает проблемы развития и воспитания детей и общения с ними.

**Ролевая игра** рассматривается как развитие анализа практической ситуации, используется для коррекции поведенческих и межличностных проблем. Дает терапевту образец проблемного поведения клиента, клиент приобретает возможность обсудить неразрешенные вопросы и отработать адекватные навыки общения, способы решения конфликтов или проблемных ситуаций.

**Ролевая игра детей** – преобладающая для детей дошкольного возраста форма игры, в ней происходит игровое моделирование детьми действий и взаимоотношений взрослых людей. Роль взрослого, которая берется на себя ребенком, предполагает следование определенным, часто неявным правилам, за счет которых происходит регулирование как выполнения действий с предметами, так и взаимоотношений с другими детьми, которые включены в групповую игру. За счет возникновения сильных эмоциональных переживаний, связанных с содержанием самой роли, с качеством ее выполнения всеми участниками игры, с реализацией общего сюжета, опыт игры оказывает очень существенное влияние на развитие личности ребенка. В ее контексте происходит формирование важнейших новообразований этого периода детства: овладение знаково-символической функцией, развитие воображения, становление элементов произвольного контроля над поведением.

**Роль личности в реабилитации** – важный фактор социализации и ресоциализации личности. Включение активного компонента личности в процесс реабилитации коренным образом меняет подходы к реабилитации: инвалид из объекта реабилитационного процесса превращается в субъекта реабилитации. Наиболее типичные формы самопроявления личности в реабилитационном процессе:

- **самодетельно-творческая позиция** формируется при свободном воспитании личности, наиболее благоприятна в реабилитационном процессе; однако здесь существует

опасность перехода от сотрудничества реабилитолога и реабилитанта к вседозволенности;

- **безудержно-активная (гиперактивная) позиция** как правило, формируется у личностей холерического темперамента, проявляется в высокой степени активности, при недостаточной организации процесса социальной реабилитации ведет к вседозволенности и попустительству; не характерна для инвалидов с врожденной инвалидностью – здесь, как правило, встречается недостаток активности;
- **пассивно-исполнительская позиция** формируется при авторитарном стиле воспитания, характеризуется отсутствием оптимизма, стремления преодолевать трудности; дисциплинированность инвалида в процессе реабилитации может вводить специалистов в заблуждение, когда у последних складывается впечатление об активности и заинтересованности инвалида в реабилитации; такая позиция, как правило, свойственна инвалидам с детства и может меняться при умелой и целенаправленной психолого-педагогической коррекции;
- **безразлично-пассивная (гипоактивная) позиция** свойственна лицам с врожденной инвалидностью и лицам меланхолического темперамента; работать с таким инвалидом сложно, в этом случае особая роль отводится мотивационной работе, однако ошибки персонала и прогрессирование болезни могут привести к укреплению безразличия и негативизма;
- **протестная (протестно-негативная, протестно-капризная) позиция** является внутренним протестом по отношению к тому или иному лицу или специалисту по реабилитации, проявившему определенную некорректность в действиях или оценочном суждении; возникает как результат недостаточного воспитания в детстве; трудно поддается коррекции, выступает своеобразным сопротивлением социальной реабилитации.

Всякая позиция реабилитанта может быть либо подспорьем в реабилитационной работе, либо препятствием, необходимо в каждом конкретном случае учитывать внутренние источники и движущие силы индивидуального развития.

**Ротация** (от лат. rotacio – круговращение) – вращение, вид движения, при котором остается неподвижной по крайней мере одна точка.

**Рынок труда** – сфера обращения рабочей силы, где приходят соприкосновение спроса на нее и предложения.

## С

**Самоактуализация** – стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей; желание стать всем, чем возможно, потребность в самосовершенствовании, в реализации своего потенциала.

**Самозанятость** – организация гражданином собственного дела. Для безработных граждан самозанятость осуществляется за счет средств управления занятости населения. Выделяется самозанятость:

- **постоянная**, может быть без образования юридического лица, но с регистрацией и получением свидетельства (сертификата) на указанный вид деятельности (ЧП, ИП) и с образованием юридического лица (ТОО, ООО и т. д.);
- **эпизодическая** – изготовление предметов и продуктов потребления без регистрации и получения сертификата.

**Самоконтроль** – способность к сознательному управлению своим поведением.

**Самообеспечение** – самостоятельная деятельность клиента социальных служб (см. **Клиент социальных служб**), заключающаяся в поддержании и улучшении личного жизненного уровня и жизненного уровня своей семьи.

**Самообслуживание** – это систематическая работа инвалида по поддержанию и улучшению бытовых условий своей жизни, здоровья и хорошего самочувствия. Сюда относятся:

- умывание (купанье), включая намыливание, ополаскивание, пользование ванной, душем, полотенцем, безопасный переход в ванную и обратно;
- гигиена рта, включая полоскание рта, чистку зубов и десен;
- уход за своей внешностью, включая мытье и причёсывание волос, бритье, пользование косметикой, забота о коже и ногтях;

- одевание, включая выбор одежды, одевание и раздевание, обращение с пуговицами, «молниями» и т. п., определение грязной или изношенной одежды, обувание и разувание, надевание и снятие протезов и других приспособлений;
- туалет – переход на унитаз и обратно, поддержание позы, самогигиена;
- прием пищи – пользование посудой и столовыми приборами, поднесение пищи ко рту, жевание, сосание, глотание, проблемы кашля;
- мобильность – передвижение из одного места в другое, прогулки, переходы, изменение позиции;
- пользование транспортом – вождение автомобиля, пользование общественным транспортом;
- шопинг – выбор товаров и делание покупок;
- обращение с деньгами – планирование бюджета, узнавание номиналов денег, использование денег для покупок, осторожность в обращении с деньгами;
- приготовление пищи – планирование рациона, приготовление пищи, использование кухонных принадлежностей, открывание емкостей, хранение пищи, поддержание чистоты;
- пользование лекарствами – получение лекарств, открывание и закрывание емкостей, принятие лекарств в соответствии с предписанием, безопасное хранение лекарств;
- поддержание здоровья – оценка своего здоровья, следование предписаниям по поддержанию здоровья, обращение к специалистам при необходимости;
- техника безопасности – осознание опасностей и принятие мер техники безопасности относительно нагревательных приборов, электричества, лестниц, транспорта и т. д.

**Самооценка** – мнение и суждение человека о самом себе, своих качествах, достоинствах, недостатках, способностях, потенциальных возможностях, а также о своем месте и роли среди других людей и о социально значимой деятельности, которой он занимается, и ее эффективности; влияет на эффективность деятельности и дальнейшее развитие личности; тесно связана с уровнем притязания человека.

**Саморазрушающее поведение** необходимо понимать широко, не только как угрозу для жизни или ущерб для здоровья, но и как поведение с пагубными последствиями для нравственного и социального развития. Различают несколько типов:

- **аддиктивное поведение** – ранняя алкоголизация, злоупотребление наркотиками, при этом подростки часто не считают свое поведение выходящим за рамки нормального, некритично относятся к развитию болезненной зависимости от наркотических и других психотропных средств, разрушающих психику и здоровье;
- **сексуальная распущенность** наносит ущерб нравственному, моральному, духовному развитию;
- **аутоагрессия** – любое насильственное действие, направленное против собственной личности, в том числе нанесение самоповреждений;
- **суицид** – самоубийство – всякая попытка намеренного лишения себя жизни.

**Самореализация** предполагает реализацию человеком активности в значимых для него сферах жизнедеятельности и взаимоотношений. При этом необходимо, чтобы успешность этой реализации признавалась и одобрялась значимыми для человека лицами. Самореализация может иметь разнообразные формы: социально ценные, социально полезные, социально приемлемые, а также асоциальные и антисоциальные.

**Саморегуляция** – целесообразное функционирование живых систем разных уровней организации и сложности; представляет собой замкнутый контур регулирования и информационный процесс, носителями которого выступают различные психические формы отражения действительности. При всем разнообразии проявлений саморегуляция имеет следующую структуру:

- принятая субъектом цель его произвольной активности;
- модель значимых условий деятельности;
- программа собственно исполнительских действий;
- система критериев успешности деятельности;
- информация о реально достигнутых результатах;
- оценка соответствия реальных результатов критериям успеха;
- решения о необходимости и характере коррекций деятельности.



В зависимости от вида деятельности и условий ее осуществления она может реализоваться разными психическими средствами – чувственными конкретными образами, представлениями, понятиями и пр. Поскольку принятая субъектом цель не определяет однозначно условий для построения программы исполнительских действий, при сходных моделях значимых условий деятельности возможны различные способы достижения результата. Общие закономерности саморегуляции реализуются в индивидуальной форме, зависящей от конкретных условий и от характеристик нервной деятельности, от личностных качеств субъекта и его привычек в организации своих действий.

**Саморегуляция психологическая** – целенаправленное изменение индивидом работы различных психофизиологических функций, для чего требуется формирование особых средств контроля над деятельностью (см. **Саморегуляция**).

**Самоутверждение** – достижение человеком субъективной удовлетворенности результатом и (или) процессом самореализации.

**Свойства нервной системы** – динамические особенности нервной системы, по большей степени генетически детерминированные, определяют индивидуальные различия в поведении при реагировании на воздействия физической и социальной среды. По мнению И. П. Павлова, существует три основных свойства нервной системы:

- сила, как способность нервных клеток сохранять нормальную работоспособность при интенсивных возбуждающих и тормозных процессах;
- подвижность, как способность быстрого перехода от одного процесса к другому;
- уравновешенность, как одинаковая выраженность нервных процессов торможения и возбуждения.

В дальнейшем к этому списку были добавлены следующие свойства:

- динамичность, как способность мозговых структур быстро отвечать возбуждающими и тормозными процессами при формировании условных реакций;
- лабильность, как скорость возникновения и окончания нервных процессов;
- активированность, как индивидуальный уровень активации процессов возбуждения и торможения.

**Сегрегация** – размещение детей со специальными образовательными потребностями в отдельных детских садах, школах

или домах-интернатах, что вынуждает инвалидов вести изолированную жизнь.

**Селективность восприятия** (от лат. *selectio* – отбор) – характеристика процесса восприятия; избирательное выделение в сенсорном поле каких-либо отдельных признаков. Более отчетливо воспринимаемый объект, на который ориентировано восприятие, субъективно интерпретируется как «фигура», а все остальные объекты воспринимаются как ее «фон». В первую очередь выделяются такие признаки сенсорного поля, которые обладают относительно большей интенсивностью, качественным отличием от других. При выполнении индивидом той или иной задачи избирательно воспринимаются такие признаки, которые в какой-то мере соответствуют содержанию этой задачи.

**Семейное воспитание** – см. **Воспитание семейное**.

**Семья** – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью; в ней вырабатываются совокупность норм, санкций и образов поведения, регламентирующих взаимодействие между супругами и детьми.

**Сензитивность** (от лат. *sensus* – чувство, ощущение) – характерологическая особенность человека, проявляющаяся в высокой чувствительности к физическим и психическим стимулам, а также к социальным факторам; обычно сопровождается повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний.

**Сензитивный возраст (сензитивный период)** – возрастной интервал индивидуального развития ребенка, наиболее благоприятный для освоения каких-либо видов деятельности, формирования определенных психических функций. Учет сензитивных периодов необходим прежде всего для правильной организации учебных и реабилитационных мероприятий.

**Сенильное слабоумие** – см. **Старческое слабоумие**.

**Сенсибилизация** – повышение чувствительности организма или отдельных органов (например органов чувств) к воздействию каких-либо раздражителей (главным образом химических). Сенсибилизация лежит в основе ряда заболеваний, в частности аллергических.

**Сенсомоторика** – взаимосоординация сенсорных и моторных компонентов деятельности: получение сенсорной информации приводит к запуску движений, они же в свою очередь служат для регуляции, контроля и коррекции сенсорной информации. В качестве

основного сенсомоторного механизма выступает рефлекторное кольцо.

**Сенсорная депривация** – см. **Депривация сенсорная**.

**Сенсорные расстройства** – см. **Нарушение высших психических функций**.

**Сертификат специалиста** – документ, дающий право на занятие определенными видами медицинской и фармацевтической деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения. Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Сертификат специалиста – документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам. Сертификат специалиста свидетельствует о достижении его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности.

**Светолечение (фототерапия)** – использование светового излучения с лечебной и профилактической целью. Физиологическое действие светового излучения зависит от длины волны и энергии поглощенных квантов излучения. Энергия инфракрасного излучения проникает в ткани на глубину до 4 см, а ультрафиолетового – не глубже 1 см. Реакция организма на светолечение зависит от спектрального состава, мощности используемого излучения, экспозиции, локализации и площади облучаемой поверхности.

Энергия инфракрасного и видимого излучений при поглощении тканями переходит в основном в теплоту, вызывая усиление кровообращения, потоотделения и обмена веществ в тканях, способствуя рассасыванию воспалительных очагов и уменьшению интенсивности болевого синдрома не только в месте непосредственного воздействия на кожу, но и во внутренних органах.

Показаниями к светолечению с использованием инфракрасного излучения служат заболевания опорно-двигательного аппарата, болезни и травмы центральной и периферической нервной системы, некоторые заболевания внутренних органов, периферических сосудов,

болезни глаз, уха, кожи, остаточные явления после ожогов и отморожений. Светолечение с применением ультрафиолетового излучения стимулирует активность ферментов клеток кожи, синтезирование витамина D, кроветворение, обмен веществ, процессы регенерации тканей, способствует ускоренному высвобождению или повышенному выбросу в кровотоку биологически активных веществ, вызывающих расширение сосудов в местах облучения, усиливает активность симпатoadренальной системы, снижает болевую чувствительность. Показаниями к светолечению с использованием ультрафиолетового излучения служат острые и хронические заболевания суставов, органов дыхания, женских половых органов, кожи, периферической нервной системы, наличие раневых поверхностей, а также для профилактики рахита, с целью закаливания и повышения сопротивляемости организма различным инфекциям.

**Сдавление головного мозга** – см. **Черепно-мозговая травма.**

**Сегрегация** – установление социальных барьеров в отношении определенной социальной группы или категории членов общества, установление большой социальной дистанции между ними и остальными членами общества; инициатива сегрегации может исходить как от общественности, так и от самих членов группы.

**Сигнал** – процесс или явление (внешнее или внутреннее, сознаваемое или неосознаваемое), несущее сообщение о каком-то событии и ориентирующее живую систему относительно этого события. Соответственно характеру анализаторов и других воспринимающих систем выделяются сигналы оптические, акустические, тактильные, электромагнитные, термические, химические, биоритмические и пр. Понятие сигнала широко применяется в психофизиологии и нейропсихологии, в психофизике, при исследовании перцептивных процессов и процессов коммуникации.

**Симбиоз** (от греч. symbiōsis – совместная жизнь) – различные формы совместного существования организмов разных видов; включает три основных типа связи между симбионтами: взаимовыгодные связи, когда они не могут существовать друг без друга (мутуализм); выгодные для одного партнера и безразличные для другого (комменсализм); выгодные для одного партнера и невыгодные для другого (паразитизм).

Человек находится в симбиотической связи с бактериями, грибами, простейшими, местом обитания которых является кожа, слизистые оболочки и внутренние органы. Симбионты человека могут быть полезными для организма хозяина, например кишечная палочка,

питающаяся продуктами переваривания пищи, способствует выработке и всасыванию витаминов группы В. Некоторые симбионты являются безвредными, однако при определенных условиях, например при ослаблении защитных сил организма хозяина, они могут стать патогенными.

**Симпатическая нервная система** – см. **Вегетативная нервная система**.

**Симптом** (от греч. *symptoma* – совпадение, признак) – признак патологического состояния или болезни; основная клиническая единица патологического состояния, телесные или психические признаки, свидетельствующие об изменении обычного или нормального функционирования организма. Выявление и оценка различных симптомов составляет первый этап диагностики заболевания. Динамика симптома в процессе наблюдения за больным позволяет отследить эффективность лечения, составить суждение о прогнозе болезни. Различают симптомы субъективные, относящиеся к ощущениям больного и выявляемые на основании его жалоб, и объективные, обнаруживаемые в процессе обследования больного. Выделяют также явные и скрытые симптомы, а по срокам проявления – ранние и поздние. Симптомы организуются в синдромы.

**Симуляция** – создание человеком ложного представления о несуществующем у него в действительности заболевании, а также поведение, направленное на имитацию болезни или ее отдельных симптомов с целью ввести в обман. Симуляция может быть истинной, т. е. умышленной, и патологической, т. е. неосознаваемой, являющейся проявлением психического нарушения, когда симуляция становится одним из способов неадекватного разрешения невротического конфликта. Мотивами истинной симуляции могут быть:

- достижение определенных льгот, например улучшение жилищных условий, получение пенсии, пособий и пр.;
- уклонение от обязанностей;
- стремление обратить на себя внимание, например при недостатке родительской заботы у детей;
- потребность в помощи, опеке и пр.

Умышленная симуляция несет за собой уголовную ответственность. Понятиями, близкими к симуляции, являются аггравация (см. **Аггравация**) и членовредительство. Аггравация – преувеличение симптомов действительно существующего заболевания – также может быть умышленной и патологической;

умышленная аггравация является уголовно наказуемой, если совершается с корыстными целями (например уклонение от воинской службы). Членовредительством называют умышленное причинение вреда здоровью, которое может совершаться путем причинения самоповреждений, искусственного вызывания болезненного состояния или утяжеления уже имеющегося расстройства здоровья применением химических средств, физических или биологических факторов.

Понятием, обратным симуляции, является диссимуляция – сокрытие имеющихся заболеваний, их симптомов, а также повреждений с целью ввести в заблуждение относительно истинного физического или физиологического состояния. Может быть проявлением альтруизма, желания человека продолжить профессиональную деятельность при наличии противопоказаний к данного вида труду, стремления избежать уголовной ответственности (например сокрытие состояние алкогольного опьянения водителем, совершившим аварию; факта родов при совершении последующего детоубийства; повреждения, полученного преступником от жертвы или в момент совершения противоправного действия).

**Синдром** (от греч. syndrome – сочетание) – группа признаков – симптомов, устойчивая их совокупность с единым патогенезом. В силу общего механизма возникновения признаки объединяются друг с другом закономерным и регулярным образом, характеризую определенное болезненное состояние организма.

В современной медицине выделяют около 1500 синдромов; многие из них названы именами первооткрывателей. Синдром не равнозначен болезни как нозологической форме, один и тот же синдром может наблюдаться при различных заболеваниях (например синдром внутричерепной гипертензии может быть обусловлен опухолью, абсцессом головного мозга, внутричерепной гематомой и прочими причинами), хотя иногда термин синдром употребляется как синоним болезни.

**Синдром адаптации** – см. **Синдром адаптационный**.

**Синдром адаптационный (синдром адаптации)** – совокупность адаптационных реакций организма общего защитного характера; возникает в ответ на значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия – стрессоры. Комплекс признаков, характеризующих такое функциональное состояние, был описан Г. Селье в 1936 г. и назван стрессом. Основными проявлениями синдрома адаптации являются нарушение обмена веществ с преобладанием процесса распада, увеличение коры

надпочечников, уменьшение вилочковой железы, селезенки и лимфатических узлов. Выделяют три стадии:

- **стадия тревоги** – продолжается от нескольких часов до двух суток и включает в себя фазы шока и противошока, на последней происходит мобилизация защитных реакций организма;
- **стадия сопротивляемости** – характерна повышением устойчивости организма к различным вредным воздействиям;
- **стадия стабилизации и выздоровления либо стадия истощения**, которая может закончиться гибелью.

**Синдром Броун-Секара** – сочетание паралича конечностей и нарушения глубокой чувствительности на одной стороне тела с расстройством поверхностной (болевой, температурной) чувствительности на противоположной стороне. Развивается при поражении половины поперечника спинного мозга в результате опухоли, травмы, миелита и т. д. на различных его уровнях. Обусловлен тем, что волокна, проводящие болевую и температурную чувствительность, в спинном мозге перекрещиваются и переходят на противоположную сторону; двигательные волокна и волокна, проводящие глубокую чувствительность, не перекрещиваются. Определение синдрома Броуна-Секара имеет большое значение в топической диагностике поражения спинного мозга.

**Синдром выгорания** – состояние физического утомления и разочарования, которое возникает у людей, занятых в альтруистических профессиональных областях. В исследованиях Maslach и Jackson показано, что данный синдром сопровождается также эмоциональным истощением, деперсонализациями, депрессией, снижением работоспособности.

**Синдром гиперактивности с дефицитом внимания** – наиболее характерная форма хронических нарушений поведения в детском возрасте. Проявляется в виде двигательной расторможенности, импульсивности поведения, расстройства внимания, а также в виде легкой недостаточности координации движения и нарушения мелкой моторики. Причиной плохого выполнения заданий является дефект концентрации внимания. Концентрация внимания значительно повышается во время занятий и игр, с которыми ребенку удается успешно справиться. Хуже всего гиперактивные дети выполняют задания, кажущиеся им скучными, неоднократно повторяющимися, трудными, не приносящими удовольствия и не подкрепляемые поощрениями.

Наряду с трудностями концентрации внимания наблюдается отвлекаемость – повышенное реагирование на посторонние стимулы. Импульсивность наблюдается постоянно, как в повседневных ситуациях, так и при выполнении когнитивных заданий. На уроках дети с трудом дожидаются своей очереди, перебивают других, на вопросы отвечают преждевременно и невпопад. Из-за импульсивности такие дети склонны к травматизации, так как нередко совершают опасные действия, о последствиях которых не задумываются.

Проблемы во взаимоотношениях с окружающими встречаются практически постоянно. В коллективе гиперактивный ребенок служит источником постоянного беспокойства: шумит, берет без разрешения чужие вещи, отвлекает окружающих, что приводит к конфликтам, ребенок становится нежеланным в компании и отвергаемым в коллективе. Дома такие дети страдают от постоянного сравнения их с другими детьми, которые «хорошо себя ведут», но замечания и наказания не приводят к желаемым результатам. Таким детям свойственны слабая психоэмоциональная устойчивость, упрямство, лживость, негативизм, вспыльчивость, задиристость, агрессивность, склонность к воровству. При поступлении в школу названные проблемы усугубляются.

Лечение синдрома дефицита внимания всегда комплексное и включает методы модификации поведения, психотерапию, психолого-педагогическую коррекцию; важное место в комплексном лечении занимает медикаментозная терапия.

В воспитании ребенка с гиперактивностью необходимо избегать двух крайностей: проявления чрезмерной жалости и вседозволенности – с одной стороны, и постановки перед ними слишком высоких требований – с другой. Важно исключить при этом излишнее требование пунктуальности при выполнении ребенком поручений, а также жестокое обращение и наказание. Важно помнить, что поведенческие нарушения поддаются лечению, а гиперактивность уменьшается с возрастом, но этот процесс обычно занимает длительное время. Приемы модификации поведения, которые можно рекомендовать воспитателям и родителям детей с гиперактивностью:

- в отношениях с ребенком необходимо поддерживать «позитивную модель», хвалить его в каждом случае, когда он этого заслуживает, подчеркивать его успехи, помогать укреплять ему уверенность в своих силах;
- избегать повторения слов «нет» и «нельзя»;
- говорить сдержанно и мягко;



- давать ребенку только одно поручение на определенный отрезок времени, чтобы он мог его завершить;
- для подкрепления устных инструкций использовать зрительную стимуляцию; поощрять ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания;
- придерживаться четкого распорядка дня;
- по возможности избегать большого скопления людей;
- во время игры ограничивать ребенка одним партнером, избегать беспокойных, шумных приятелей;
- оберегать ребенка от переутомления, поскольку оно приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности;
- давать ребенку возможность использовать избыточную энергию, полезна ежедневная физическая тренировка на свежем воздухе.

**Синдром Диогена** (от греч. syndrome – сочетание и имя древнегреческого философа-киника из Синопа, жившего, по преданию, в бочке), характеризуется пренебрежительным отношением к бытовым вопросам, как правило – одиноко живущих престарелых людей. Наиболее часто возникает у ранее активных людей, ориентированных прежде всего на работу и имевших социальный успех. Постепенно, с отходом от профессиональной и общественной деятельности, в результате преклонного возраста, стойкого нарушения здоровья и т. д. они перестают заботиться о своей внешности и жилище, не уделяют должного внимания правильному питанию, что может привести к истощению и даже смерти. Вместе с тем у них возникают необратимые изменения характера: появляется недоверчивость, необщительность, нереалистичность установок и, самое главное, негативизм по отношению к тем людям, которые предлагают им свою помощь.

**Синдром игнорирования** (от греч. syndrome – сочетание и лат. ignorare – не знать) – интегральные нейропсихологические нарушения; возникают, как правило, при поражениях нижнетеменной доли правого полушария, реже – третичных отделов лобной доли поясной извилины. Характеризуются невосприятием стимулов, расположенных в половине пространства, противоположной нарушению. При этом больные не только не воспринимают стимулы, например левого зрительного поля, звуки, предъявляемые слева, но и

не пользуются левой рукой, читают только правую половину текста, не бреют левую часть лица. Однако субъективно невоспринимаемая информация все же оказывает на деятельность смысловое влияние и на игнорируемые объекты или их части происходит более или менее адекватное реагирование, если оно не связано с сознательным контролем.

**Синдром Каннера** – см. Аутизм детский ранний.

**Синдром навязчивых состояний** – см. Невротический синдром.

**Синдром Ретта** – олигофреноподобное заболевание, включающее черты деменции и олигофрении. Встречается только у лиц женского пола с частотой один случай на 12 500 рождений. Диагноз ставится, как правило, в возрасте 1,5 – 4 лет на основании характерных симптомов: распад начавших формироваться речевых и двигательных навыков, своеобразные движения рук, затруднения при приеме пищи, неподвижный взгляд, насильственный смех и др. Нарушения общения и нередкие случаи мутизма иногда приводят к постановке неправильного диагноза – раннего детского аутизма или шизофрении. Дети с данным синдромом страдают выраженной умственной отсталостью, которая значительно утяжеляется при эмоциональных расстройствах.

**Синдром хронической усталости (СХУ)**. Термин СХУ (CFS) предложили американские ученые в 1984 г. после вспышки этой болезни в штате Невада. Заболевание относится к болезням дезадаптации и является следствием разбалансированности механизма адаптации человека. Нарушение координации нервной, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы приводит к ослаблению функциональных показателей систем жизнеобеспечения. В последние годы заболевание приобретает широкое распространение. Синдром хронической усталости проявляется хронической слабостью, быстрой утомляемостью, небольшим повышением температуры тела, увеличением лимфатических узлов, головной болью, повышенной раздражительностью, нарушением памяти, мышечными и суставными болями и рядом других неспецифических симптомов. Лечение заключается в повышении иммунной системы, витаминно- и физиотерапии, приеме антидепрессантных препаратов.

**Синдромальный анализ** – анализ синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных симптомов; изучение качественной специфики нарушений различных функций, связанных с поражением определенного фактора; качественная квалификация симптомов.

**Синергия (синергизм)**, (от греч. *synergia* – сотрудничество, содействие) – совместное действие каких-либо органов или систем, направленное на приспособление организма к влиянию внешних факторов, одно из проявлений саморегуляции физиологических функций. С помощью синергии возникает наиболее адекватный эффект (например сгибание ног в коленных суставах при наклоне кзади).

**Синкинезии** (от греч. *syn* – с, вместе и *kinesis* – движение) – дополнительные содружественные движения, которые непроизвольно возникают при основных функциональных движениях, выполняемых преднамеренно или автоматически. Выделяют физиологические (см. **Синкинезии физиологические**) синкинезии (например размахивание руками при ходьбе) и патологические. Последние возникают в парализованных конечностях при поражении пирамидных путей и обусловлены выпадением тормозящих влияний со стороны коры больших полушарий на интраспинальные автоматизмы. См. **Синкинезии патологические**.

**Синкинезии патологические** – разного рода непроизвольные добавочные содружественные движения в парализованных (или паретичных) конечностях, возникающие во время активных движений здоровыми конечностями; один из признаков центрального паралича. Патологические синкинезии разделяют на глобальные, координаторные и имитационные.

- **Глобальные синкинезии** – сокращение мышц парализованных конечностей, проявляющиеся в обычном для их функции движении, возникающие при напряжении групп мышц на здоровой стороне, например, при попытке подняться из положения лежа на паретической стороне рука сгибается в локте и приводится к туловищу, нога при этом разгибается.
- **Координаторные синкинезии** – при попытке совершить паретичной конечностью какое-либо движение в ней непроизвольно появляется другое движение. Например, при большеберцовой синкинезии при попытке сгибания голени происходит тыльное сгибание стопы и большого пальца.
- **Имитационные синкинезии** – непроизвольное повторение в паретической конечности тех движений, которые совершаются в здоровой конечности. Например, если обследующий оказывает сопротивление приводящим и отводящим движениям здоровой ноги

больного, то в паретичной ноге появляются аналогичные движения.

**Синкинезии физиологические** особенно выражены у детей 1-го года жизни; к ним относятся многие основные рефлексы ребенка грудного возраста как проявления примитивной моторики. В процессе формирования двигательной активности ребенка изменяется характер синкинезий, что позволяет отличать нормальное развитие моторики от патологического. Обучение детей новым моторным навыкам и действиям сопровождается вначале обилием различных синкинезий (например подергивание губ, высовывание языка при написании первых букв). Развитие трудовых навыков ребенка и выполнение им сложных манипуляций руками приводит к уменьшению излишних сопутствующих движений.

**Система активной жизнедеятельности** – определенная воспитательная система, суть которой заключается в том, чтобы ребенок оказался ее активным звеном, а родители, лица, их замещающие, воспитатели и другие участники реабилитационного процесса – соучастниками этого процесса на всех этапах реабилитации и на протяжении всего времени – от пробуждения ребенка до отхода его ко сну; разрабатывалась в рамках кондуктивной педагогики А. Петё; в настоящее время широко применяется в комплексной реабилитации. При этом активность реабилитанта – не самоцель, а только социально-педагогическое условие целесообразного развития, воспитания и реабилитации. Непременным условием эффективной работы в данном направлении является вовлечение в реабилитационный процесс ближайшего окружения.

**Система Брайля** – система чтения с помощью осязания рельефного шрифта. Изобретение рельефного шрифта для слепых принадлежит французскому тифлопедагогу Луи Брайлю.

**Система Монтессори** – система обучения и воспитания детей, разработанная выдающимся итальянским педагогом и врачом М. Монтессори. Основана на идеях свободного воспитания. Опираясь на теорию спонтанного развития ребенка, Монтессори пришла к отрицанию активной роли педагога в воспитании детей: взрослые навязывают детям собственные установки и этим тормозят их. Естественное руководство воспитателя, согласно Монтессори, осуществляется на основе автодидактизма: дети сами свободно выбирают занятие, но выполняют его так, как задумал педагог и как требует того дидактический материал.

**Система нервная** – см. **Вегетативная нервная система, Нервная система, Периферическая нервная система, Центральная нервная система.**

**Система непрерывного профессионального образования инвалидов** – интегрированная система профессионального образования, обеспечивающая многоуровневое допрофессиональное и профессиональное образование, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации в течение активной трудовой жизни инвалида в соответствии с объективными потребностями общества, экономики, производства, требованиями к конкурентоспособности, профессионализму и востребованности на рынке труда, социально-экономическим условиям жизнедеятельности человека, возможностям различных категорий инвалидов.

**Система социального воспитания** – относительно устойчивая совокупность ценностей и норм; организованное соединение людей в соответствии с принципами и сферами их действия, порядками выполнения функций, пространственно-временными связями, отношениями, упорядоченными способами деятельности в интересах достижения определенных воспитательно-образовательных целей социализации людей, решения культурно развивающих задач социального становления личности.

**Система социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов** – совокупность социальных служб и социальных программ по предоставлению помощи и социальных услуг, направленных на удовлетворение потребностей данной категории граждан. Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется предприятиями и учреждениями различных форм собственности, относящимися к государственной, муниципальной системам социальных служб и социальным службам иных форм собственности. Социальные программы могут быть направлены на удовлетворение основных жизненных потребностей людей пожилого возраста и инвалидов, создание адекватных условий жизнедеятельности, на социальную адаптацию и поддержание активного социального функционирования граждан пожилого возраста и инвалидов.

**Сказкотерапия в реабилитации** – один из ведущих видов и способов эмоционально-психологического, педагогического влияния и социально-нравственного формирования. При этом необходимо выделить ряд направлений, особенно актуальных в работе с инвалидами с помощью сказкотерапии:

- психокоррекция эмоционально-волевых нарушений;

- обретение свободного опыта общения через ролевое действие сказочного героя у лиц с трудностями в общении;
- формирование творческого потенциала через сказки-драматизации;
- преодоление чувства страха и неуверенности через сочетание сказочных сюжетов и драматическое их проигрывание.

**Склонность** – избирательная направленность индивида на определенную деятельность, побуждающая его заниматься ею; глубокая устойчивая потребность индивида к некой деятельности, стремление совершенствовать умения и навыки, связанные с этой деятельностью; обычно является предпосылкой развития соответственных способностей.

**Сколиоз (сколиотическая болезнь)** – заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся искривлением позвоночника по фронтальной плоскости с торсией позвонков (т. е. разворотом их вокруг оси), ведущее к нарушениям функции грудной клетки, а также косметическим дефектам. В основе патологии лежат врожденные нарушения обмена соединительной ткани с ослаблением соединительно-тканых образований. Из этого следует, что сколиоз – генетически детерминированное заболевание и факторы внешней среды (ношение тяжелых предметов в одной руке и др.) не являются истинной причиной заболевания, а служат часто пусковым моментом в проявлении патологии. Среди методов лечения – массаж, мануальная терапия, коррегирующие корсеты. Различают пять групп сколиозов: сколиозы мышечного происхождения; неврогенные сколиозы; сколиозы врожденные вследствие недоразвития позвонков и ребер; сколиозы вследствие заболеваний грудной клетки; сколиозы идиопатические. По тяжести деформации различают четыре степени (М. В. Волков):

- I степень – небольшое отклонение позвонка и начальная степень его поворота;
- II степень – заметное искривление позвонков во фронтальной плоскости, заметный поворот позвоночного столба и наличие компенсаторных дуг;
- III степень – наличие реберного горба с резкой деформацией грудной клетки;
- IV степень – тяжелое обезображивание туловища, кифосколиоз, деформация таза и другие нарушения.

**Скотомы** – ограниченные дефекты поля зрения (разной величины и формы). Различают скотомы физиологические (слепое пятно, ангиоскотомы) и патологические. Физиологические скотомы при обычном зрении субъективно не воспринимаются. Патологические скотомы возникают при поражении сетчатки, сосудистой оболочки глаза, зрительных путей и центров, они могут быть положительными (субъективно воспринимаются) и отрицательными (субъективно не воспринимаются, выявляются при исследовании полей зрения). В зависимости от положения в поле зрения различают периферическую, периферическую, центральную и парацентральную, а также одностороннюю и двустороннюю, абсолютную и относительную скотомы.

**Слабовидящие** – лица со значительным снижением зрения (острота зрения на лучшем видящем глазу с использованием очков находится в пределах от 0,05 до 0,3 диоптрий) либо с нарушениями периферического зрения, приводящими к значительному снижению разрешающих способностей глаза. У слабовидящих детей наблюдаются нарушения глазодвигательной координации, цветоразличения, зрительной работоспособности.

**Слабодушие** – недержание эмоций, выражающееся легко и часто возникающей слезливостью по поводу как приятных, так и неприятных событий. Наблюдается при органическом поражении головного мозга.

**Слабослышащие дети** – дети, страдающие понижением слуха (тугоухостью), в результате чего у них возникает нарушение речи. В отличие от глухих детей слабослышащие дети имеют возможность с помощью слуха накопить некоторый запас слов. Степень потери слуха может быть различной – от затрудненного восприятия речи до резкого ограничения возможности восприятия речи разговорной громкости. Нарушения слуха обычно возникают в результате стойких изменений в среднем ухе.

**Слабоумие** – малообратимое обеднение психической деятельности с утратой или снижением полученных в прошлом знаний и навыков и невозможностью или затруднением приобретения новых; возникает в результате перенесенных заболеваний. Проявляется в ослаблении познавательных процессов с утратой или снижением полученных в прошлом знаний и навыков и невозможностью или затруднением приобретения новых, а также в обеднении чувств и изменении поведения в целом. Различают слабоумие врожденное (см. **Олигофрения, Умственная отсталость**) и приобретенное (старческое, паралитическое, алкогольное,

сосудистое, травматическое и др.). По степени выраженности можно выделить полное (тотальное) и частичное (лакунарное, очаговое, дисместическое) слабоумие.

**Слепоглухонмота (слепоглухота)** – наиболее тяжелая форма сложного дефекта, для которой характерно поражение зрительного и слухового анализаторов. У слепоглухонемых детей без специального обучения не происходит формирования речи. В современной дефектологической литературе понятие «слепоглухонмота» иногда заменяется понятием «слепоглухота», поскольку обучение детей с этим сложным дефектом продемонстрировало возможность формирования у них не только тактильной и письменной речи, но также и устной.

**Слепые дети** – дети, страдающие полным отсутствием зрения либо имеющие остаточное зрение (от светоощущения до остроты зрения – 0,04 на лучше видящем глазу при обычной коррекции очками). Для них основным средством познания окружающего мира становятся осязание и слух. В связи с этим чувственные образы имеют иное, чем у зрячих, качество, иную структуру. Те дети, у которых сохранилось остаточное зрение, имеют возможность воспринимать окружающий мир в виде зрительных образов, хотя весьма обедненных и неточных.

**Словесная слепота** – см. **Алексия**.

**Служба занятости** – система государственных учреждений, основными функциями которых являются: организация переобучения, проведения профориентационной работы среди населения, предоставление посреднических услуг гражданам в трудоустройстве, выплата пособий безработным, формирование и ведение банка данных о наличии рабочих мест и лиц, нуждающихся в трудоустройстве (безработных), информирование населения о наличии рабочих мест.

**Служба ночных сиделок** – организация в ряде стран помощи людям, проживающим дома и нуждающимся в уходе в ночное время. Эта услуга часто используется для предоставления передышки членам семьи, ухаживающим за больным.

**Служба помощи на дому** – организация, члены которой оказывают помощь пожилым и инвалидам по личному уходу и по ежедневному ведению хозяйства, включая стирку белья и приготовление обеда. Это позволяет ослабленным людям продолжать жить в своем доме. Служба помощи на дому имеет в своем распоряжении контролирующий персонал и может оказывать профессиональную медицинскую помощь и консультации. Например, в Швеции помощь на дому – общий термин для обозначения основной



группы по оказанию помощи на дому, включая обеды на колесах, уход за ногами, покупки, а также помощь в доме.

**Слуховая работа** – совокупность мероприятий, направленных на максимальное развитие и использование слухового восприятия у слабослышащих детей и у глухих с остатками слуха.

**Слуховое восприятие** – процесс приема и переработки слуховым анализатором звуков различной сложности. Среди них важную группу представляет восприятие речевых звуков, которые выступают в качестве элементов словесного общения.

**Слуховой анализатор** – сложный нервный механизм, воспринимающий и дифференцирующий звуковые раздражения. Периферический отдел слухового анализатора, или собственно ухо, состоит из звукоулавливающего аппарата (наружное ухо – ушная раковина и наружный слуховой проход), звукопроводящего аппарата (барабанная перепонка и среднее ухо с системой слуховых косточек), звуковоспринимающего аппарата (внутреннее ухо – улитка с кортиевым органом). Звуковые колебания доставляются к улитке через наружное и среднее ухо (воздушная звукопроводимость), а также кости черепа (костная звукопроводимость).

**Слуховые аппараты** – электроакустические устройства, предназначенные для коррекции нарушений слуха. Состоят из микрофона, воспринимающего и преобразующего окружающие звуки в электрические сигналы, электронного усилителя, регуляторов громкости и тембра, источника питания (аккумулятора или элемента) и телефона, преобразующего усиленные электрические сигналы в акустические.

**Слухопротезирование** – применение слуховых аппаратов или других приспособлений для улучшения слуха. Показанием является тугоухость, затрудняющая речевое общение, особенно у детей первых двух лет жизни. Слухопротезирование противопоказано при нарушении функций вестибулярного аппарата, острых воспалительных процессах в наружном или среднем ухе и обострениях хронических, в первые месяцы после перенесенного церебрального менингита и слухулучшающих операций.

**Совместная деятельность** в самом общем виде может быть охарактеризована как субъект-объект-субъективное взаимодействие, где восприятие субъекта – участника деятельности оказывается опосредованным его «местом» в осуществлении совместной деятельности, т. е. позицией по отношению к объекту деятельности. [А. Л. Журавлев; 1999] рассматривает следующие основные признаки совместной деятельности:

- наличие общих целей для различных включенных в деятельность участников; как и любая форма кооперации, вызывается необходимостью достижения таких целей, которые недоступны отдельному участнику деятельности или доступны лишь частично;
- участники совместной деятельности кроме индивидуальных мотивов имеют побуждение работать вместе, т. е. должна быть сформирована общая мотивация;
- необходимое разделение единого процесса достижения определенной общей цели деятельности на некоторые составляющие, функционально связанные между собой совокупности действий (операций) и их распределение между участниками этого процесса;
- объединение (совмещение) индивидуальных деятельностей, понимаемое как образование целостности совместной деятельности и приводящее к возникновению определяемых деятельностью взаимосвязей и взаимозависимостей между участниками совместной деятельности;
- согласованное, координированное выполнение распределенных и объединенных индивидуальных деятельностей всех участников совместной деятельности в строгой последовательности выполнения операций;
- необходимость в управлении;
- наличие единого конечного результата, общего для участников совместной деятельности, которая возникла именно для того, чтобы возник этот результат;
- единое пространство временного совместного функционирования.

**Содержание труда** – социально-технологическая характеристика труда, учитывающая распределение производственной деятельности по отраслям, виды совершаемых трудовых операций, многообразии функций, физическое и интеллектуальное напряжение, степень самостоятельности работника, возможность новизны принимаемых решений. Содержание труда зависит от его

непосредственной технической возможности, а также от распределения трудовых функций в технологическом процессе.

**Сознание** – 1. Результат интегративной деятельности мозга, высшая форма отражения реальной действительности, представляющая собой совокупность психических процессов, позволяющих человеку ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности, обеспечивающих преемственность опыта, единство и многообразие поведения. Сознание связано с материальными процессами, воплощено в мозговой нейродинамике, речи, предметной деятельности человека. Включает в себя восприятие, мышление и эмоции.

2. Степень активации коры большого мозга, которая субъективно воспринимается как степень бодрствования и которая может изменяться, когда период бодрствования сменяется сном или при определенных патологических состояниях. Было установлено, что поддержание и регуляция уровня сознания как степени бодрствования связаны с функционированием неспецифических, преимущественно подкорковых, средних структур головного мозга. Поражение этого уровня неспецифической системы сопровождается потерей сознания с последующей амнезией и расстройством цикла «сон-бодрствование».

3. В клинической практике о состоянии сознания судят по ориентированности в окружающем (во времени, месте пребывания, окружающих лицах) и в собственной личности. Нарушения сознания условно подразделяют на состояния выключения сознания и помрачения сознания.

**Соматические заболевания** – телесные (не нервные и не психические) заболевания.

**Соматический** – телесный; в медицинской практике употребляется для определения явлений, которые связаны с телом, в противоположность психике и явлениям психического характера; болезни по этому признаку подразделяют на психические и соматические.

**Соматоагнозия** – см. **Агнозия тактильная**.

**Сомнамбулизм** – см. **Нарушения сознания**.

**Соноленция** – см. **Нарушения сознания**.

**Сообщество** – группа людей, объединенных по принципу общих интересов, потребностей или обстоятельств или общим географическим расположением, например проживанием в одном микрорайоне. См. также **Реабилитация инвалидов в сообществе**.

**Сопор** – см. **Нарушения сознания**.

**Сопротивление реабилитационному процессу** – внутренние силы пациента, которые находятся в оппозиции процессам и мероприятиям реабилитации. Хотя некоторые процессы сопротивления могут быть осознаны (при снятии с инвалидности «снимут группу»), появится необходимость самостоятельно себя обслуживать, нести ответственность за свое благосостояние, конкурировать на рынке труда и т. д.), значительная их часть остается бессознательной.

**Сопряженная речь** – логопедический прием, заключающийся в одновременном созвучном произнесении двумя или несколькими людьми слов и фраз. Для детей с нарушением речи высказывание в сопряженной речи значительно легче самостоятельного. Поэтому сопряженная речь используется как важный способ преодоления речевых нарушений (в частности заикания) на ранних этапах логопедической работы, предшествующих самостоятельному проговариванию.

**Сотрясение головного мозга** – см. **Черепно-мозговая травма.**

**Социализация** – многогранный процесс приобщения к человеческой культуре и жизни общества, усвоение его норм, правил, знаний; важнейшим механизмом социализации является адаптация – приспособление индивида к выполнению им определенной социальной роли; происходит как в условиях стихийного воздействия различных обстоятельств жизни в обществе, так и в условиях воспитания – целенаправленного формирования личности. Этот процесс осуществляется в семье, дошкольных учреждениях, школе, трудовых и других коллективах.

**Социализированность** – владение социальными нормами.

**Социальная адаптация** (от лат. socialis – общественный и adapto – приспособляю) – специально организованный процесс или система мероприятий, направленных на приспособление человека, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, окружающей его среде жизнедеятельности посредством восстановления утраченных функций и социальных связей; включает в себя усвоение определенной системы знаний, установок, норм, навыков и умений. См. также **Адаптация, Реадаптация социальная.**

**Социальная дезадаптация** – особый вид поведения несовершеннолетнего, не соответствующий основным принципам поведения, признанным повсеместно обязательными.

**Социальная дезориентация** – низкая чувствительность к социальным нормам, нарушение их иерархии.

**Социальная диагностика** – комплексный процесс исследования социального явления с целью обнаружения, распознавания и изучения причинно-следственных связей и отношений, характеризующих его состояние и тенденции дальнейшего развития. Основывается на исследовании посредством системы методов, приемов и способов. Предполагает анализ социальной проблемы путем расчленения ее на составляющие элементы, по которым осуществляется мини-исследование. Полученный социальный диагноз служит основанием для принятия решений и практических действий, направленных на предупреждение и торможение негативных тенденций исследуемого социального явления.

Социальная диагностика в реабилитологии включает в себя оценку социально-бытового и социально-средового статуса инвалида, оценку профессионально-трудового статуса и профессиональную психофизиологическую диагностику (мотивацию, умения, навыки, профессиональные интересы и наклонности), психологическую диагностику (анализ личности, оценку особенностей личности, состояние высших психических функций, нарушения эмоционально-волевой сферы, уровень притязания и т. д.), определение социальной недостаточности, определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза с учетом имеющихся возможностей системы реабилитации в регионе.

**Социальная защита детства** – специальные меры по гарантированному обеспечению прав несовершеннолетних, предусмотренных российским законодательством и Международной конвенцией о правах ребенка.

**Социальная защита инвалидов** – система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных условий с другими гражданами, возможностей участия в жизни общества.

**Социальная запущенность** – такие последствия недостаточности соответствующих факторов, которые приводят к недоразвитию социальных качеств, потребностей, ценностных ориентаций, мотивов личности, социальной дезадаптации, слабой социальной рефлексии, минимизированному социальному опыту, трудностям в овладении социальными ролями. Обычно такие дети развиваются в особом социальном окружении, неполноценном по структуре (отсутствие или замена одного из родителей, социальная

неразвитость самих родителей, социальная депривация и сегрегация самого ребенка), вследствие чего страдает развитие культурно-познавательных способностей, речевой и информационной культуры, представления об окружающем мире не соответствуют действительному возрасту и возможностям самого ребенка.

**Социальная зрелость** – уровень сформированности установок, знаний, умений и этических качеств, достаточный для добровольного, самостоятельного, умелого и ответственного выполнения всей совокупности социальных ролей, присущих взрослому активному и деятельному субъекту.

**Социальная идентификация** – самоотождествление индивида с группой, коллективом по существенным признакам и критериям.

**Социальная медицина** – наука о закономерностях общественного здоровья. Является интегрирующей медико-социальной наукой, которая изучает состояние здоровья различных социальных групп и общества в целом, а также социальные процессы, политические, экономические, философские, управленческие и другие проблемы, связанные со здоровьем.

Основными задачами социальной медицины являются:

- выявление закономерностей развития народонаселения, изучение взаимосвязи демографических и репродуктивных показателей общества со статусом общественного здоровья, прогнозирование демографических процессов, разработка рекомендаций по государственному регулированию численности населения;
- изучение состояния и динамики здоровья населения и отдельных его социальных групп, медико-социальное прогнозирование здоровья различных категорий населения;
- разработка объективных критериев общественного здоровья;
- изучение влияния микро- и макросоциальных факторов на общественное здоровье;
- анализ взаимосвязи индивидуального и общественного здоровья с состоянием здравоохранения и с социальной политикой государства в отношении здоровья;
- совершенствование методологических подходов к организации медико-социальной помощи населению и развитие политики в области охраны здоровья;

- изучение возможностей социальных воздействий в профилактике заболеваемости, терапии и реабилитации больных и инвалидов;
- развитие биоэтики – новой междисциплинарной дисциплины, изучающей взаимосвязь биологических знаний и человеческих ценностей, социально-медицинских, философских, моральных, правовых проблем, связанных с научно-практическими достижениями в медицинской генетике, медицинской электронной технологии и других областях медицины;
- изучение вопросов медицинской этики и деонтологии, правовых основ медико-социальной деятельности;
- изучение отношения общества к проблеме здоровья и организации системы здравоохранения, к проблеме инвалидности и инвалидам; проведение программ, направленных на дестигматизацию лиц с ограниченными возможностями здоровья и социального функционирования.

**Социальная мобильность** – перемещение индивидов между различными слоями социальной иерархии, сопровождаемое изменением социальной позиции, статуса, места, занимаемого в социальной структуре.

**Социальная модель инвалидности** – см. **Модель инвалидности**.

**Социальная недостаточность** – это социальные последствия нарушения здоровья; недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или не может выполнять совсем обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

**Социальная ответственность** – одна из центральных категорий этики и теории социального контроля. Обозначает обязанность лиц, занимающих определенный социальный статус, действовать согласно требованиям их служебного и гражданского долга. Рассматривается в единстве с правом социальной общности применять предусмотренные законом и моралью санкции за ненадлежащее исполнение названной обязанности. Социальное содержание ответственности вытекает из оценки деятельности лица

или группы по критерию ее соответствия интересам и потребностям других лиц, групп, социальных общностей.

**Социальная поддержка** – совокупность социальных услуг, медико-социальная, социально-экономическая, социально-бытовая, социально-психологическая, социально-педагогическая и иные виды помощи человеку со стороны государственных и негосударственных структур в период его кризисного состояния, в сложных жизненных ситуациях. Отличительные признаки социальной поддержки – временный или частичный характер, активное участие самого нуждающегося в решении поставленных задач, использование элементов самоподдержки, возможная возвратность выделяемых финансовых средств. См. также **Социальная поддержка инвалидов**.

**Социальная поддержка инвалидов** – система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативно-правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения.

**Социальная помощь** – система гуманитарных услуг (правоохранных, здравоохранительных, образовательных, психотерапевтических, реабилитационных, консультативных, благотворительных) представителям экономически незащищенных, социально слабых, психологически уязвимых слоев и групп населения в целях улучшения их способности к социальному функционированию; включает периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

**Социальная профилактика** – совокупность государственных, общественных, социально-медицинских и организационно-воспитательных мероприятий, направленных на предупреждение, устранение или нейтрализацию основных причин и условий, вызывающих различного рода социальные отклонения негативного характера и другие социально опасные и вредные отклонения в поведении. Ее целью является создание предпосылок для формирования законопослушного, высоконравственного поведения.

**Социальная работа** – профессиональная деятельность по осуществлению позитивных изменений в жизни индивида, группы или сообщества; организаторская деятельность в социальной сфере, представляющая собой особый социальный механизм, способный гибко реагировать и компетентно решать социальные проблемы на всех уровнях общественной структуры, вплоть до конкретного члена общества. Целью ее является материализация, опредмечивание интересов и потребностей человека, достижение социально и



лично значимых результатов, закрепление или изменение социального положения личности, группы или общности в социуме.

**Социальная реабилитация** – 1. Восстановление социального статуса инвалида, признание его как равноправного члена общества, т. е. социальная реабилитация личности, рассматривается как стратегическая цель реабилитации.

2. Комплекс мер социальной направленности (см. **Реабилитация социальная**).

**Социальная роль** – социально-психологическое понятие, характеризующее динамический статус личности в различных социальных группах (профессиональных, семейных, формальных и неформальных); подразумевает определенные правила поведения и деятельности индивида. В своей жизни человек выполняет множество социальных ролей (подруга, мама, жена, сестра, коллега, начальник и пр.), в то же время социальные роли, свойственные человеку, некорректно соотносить с его личностными качествами.

**Социальная ситуация развития** – специфическая для каждого возрастного периода система отношений субъекта в социальной действительности, отраженная в его переживаниях и реализуемая им в деятельности; обуславливает образ жизни индивида, его социальное бытие, в обстановке которого приобретаются новые свойства и психические новообразования личности; имеет следующие составляющие:

- объективные условия онтогенеза и социогенеза – социальные, политические, экономические, правовые и прочие предпосылки развития личности;
- социальный статус детства – историко-культурные и хронологические характеристики детского возраста в данном обществе;
- социальные роли, реализующие общую социальную позицию ребенка, – систему его отношений к условиям, статусу, ролям, выражаемую в его установках, в готовности к принятию ценностей и ожиданий референтной для него группы.

**Социальная служба** – предприятие или учреждение независимо от его ведомственной принадлежности и формы собственности, предоставляющее социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью в области социального обслуживания (см. **Социальное обслуживание**) населения без образования юридического лица.

**Социальная терапия** – 1. Термин, часто обозначающий деятельность социальных работников, направленную на стимуляцию социальной активности больного или инвалида, на ликвидацию последствий его изоляции. В качестве методов социотерапии рассматривают терапию средой, т. е. организацию клиенту поддержки окружения, терапию занятостью, трудотерапию, организацию досуга и пр. (см. **Терапевтическая среда, Терапия занятости, Трудотерапия**). По сравнению с психотерапией социальная терапия заключается в предоставлении конкретных услуг, организации клиенту поддержки окружения, помощи в решении социальных конфликтов и проблем.

2. Целенаправленный процесс практического воздействия государственных структур, общественных организаций и объединений, в том числе и религиозных, на конкретные формы проявления социальных отношений или социальных действий. Включает комплекс взаимосвязанных мер социально-экономического и организационно-воспитательного характера, способствующих нормализации поведения граждан и взаимоотношения их в обществе.

**Социальная технология** – совокупность приемов, методов и воздействий, применяемых социальными службами, отдельными учреждениями социального обслуживания и социальными работниками для решения различного рода социальных проблем и обеспечения социальной защиты населения. Признаками социальной технологии являются:

- наличие стратегической программы, в рамках которой решается конкретная социальная проблема;
- алгоритм последовательности операций для достижения конкретного результата;
- наличие критериев оценки успешной деятельности специалиста;
- непрерывность контакта с клиентом социальной работы;
- динамизм содержания, форм и методов социальной работы.

**Социальная услуга** – действия социальной службы, заключающиеся в оказании социальной помощи клиенту для преодоления им трудной жизненной ситуации. Национальный стандарт ГОСТ Р-52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и понятия», введенный в действие с 1 января 2007 г., предусматривает следующие виды социальных услуг:

- **Социально-экономические услуги** – социальные услуги, предоставляемые клиентам с целью поддержать и улучшить их жизненный уровень путем оказания материальной помощи (см. **Материальная помощь**), консультирования или содействия в трудоустройстве, в решении других социально-экономических проблем жизнедеятельности.
- **Социально-медицинские услуги** – социальные услуги, предоставляемые клиентам социальной службы в целях поддержания и улучшения состояния их здоровья, социально-медицинской реабилитации путем организации лечебно-оздоровительных мероприятий, предоставления медикаментов и медицинской техники, консультирования, содействия в своевременном получении квалифицированной медицинской помощи, в решении других социально-медицинских проблем жизнедеятельности. См. также **Социально-медицинский патронаж**.
- **Социально-психологические услуги** – социальные услуги, направленные на содействие клиенту в улучшении его психического состояния, восстановлении способности к адаптации в среде жизнедеятельности. См. **Социально-психологические услуги**.
- **Социально-педагогические услуги** – социальные услуги, направленные на организацию досуга клиентов, оказание им содействия в семейном воспитании детей и решении других социально-педагогических проблем жизнедеятельности. См. также **Социально-педагогический патронаж**.
- **Социально-бытовые услуги** – социальные услуги, направленные на поддержание или обеспечение жизнедеятельности клиента в быту. Например, предоставление в пользование мебели, мягкого инвентаря, смена постельного белья и пр. Для клиентов, находящихся на надомном обслуживании спектр социально-бытовых услуг более широкий – покупка продуктов и товаров первой необходимости, расчистка дорожек от снега, протопка печи, сопровождение к врачу и пр.
- **Социально-правовые услуги** – социальные услуги, предоставляемые клиенту для поддержания или

изменения их правового статуса, оказания юридической помощи, защиты законных прав и интересов, содействия в решении других социально-правовых проблем жизнедеятельности. См. также **Социально-правовой патронаж**.

- **Срочная социальная услуга** – неотложная помощь разового характера гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию.
- **Консультирование** – предоставление клиенту информации, рекомендаций о конкретных действиях, необходимых ему для преодоления трудной жизненной ситуации.
- **Социальный патронаж** – систематическое наблюдение за клиентами для своевременного выявления степени их социальной дезадаптации, могущей усугубить трудную жизненную ситуацию, и оказания им, при необходимости, социально-правовой или иной помощи. См. **Социальный патронаж**.

**Социальная фобия** – интенсивная продолжительная и беспричинная боязнь оценки (критики, суждения), страх испытать внимание со стороны окружающих. Проявляются фобии в определенных ситуациях – при ответах у доски, при сдаче экзаменов, при приеме пищи в общественных местах, при пользовании общественными туалетами, банями. Некоторые не могут говорить по телефону с малознакомыми людьми, принимать посетителей, что-то делать в присутствии других, особенно они опасаются негативной оценки со стороны лично значимых лиц, боятся показаться смешными, неловкими, глупыми. Иногда социальная фобия становится генерализованной и охватывает почти все внесемейные социальные ситуации.

**Социально опасное положение** – совокупность причин и условий, вызывающих внутрисемейные конфликты, асоциальное поведение родителей, безнадзорность и беспризорность несовершеннолетних.

**Социально-бытовая адаптация** – см. **Адаптация**.

**Социально-бытовая реабилитация** – см. **Реабилитация социально-бытовая**.

**Социально-бытовой патронаж** – см. **Патронаж**.

**Социально-бытовые услуги** – см. **Социальная услуга**.

**Социально-значимые заболевания** – инфекционные, психические, алкоголизм и наркомании, умственная неполноценность.

Конкретный перечень определяется Правительством Российской Федерации. Гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Виды и объемы медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями, устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

**Социально-информационная помощь** – помощь, направленная на обеспечение инвалидов (клиентов) информацией по вопросам социальной заботы, помощи и поддержки, а также деятельности социальных служб и спектра оказываемых ими услуг.

**Социально-консультативная помощь** – помощь гражданам пожилого возраста и инвалидам, направленная на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства. Социально-консультативная помощь гражданам пожилого возраста и инвалидам ориентирована на их психологическую поддержку, активизацию усилий в решении собственных проблем и предусматривает:

- выявление лиц, нуждающихся в социально-консультативной помощи;
- профилактику различного рода социально-психологических отклонений;
- работу с семьями, в которых живут граждане пожилого возраста и инвалиды, организацию их досуга;
- консультативную помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве инвалидов;
- обеспечение координации деятельности государственных учреждений и общественных объединений для решения проблем граждан пожилого возраста и инвалидов;
- правовую помощь в пределах компетенции органов социального обслуживания;
- иные меры по формированию здоровых взаимоотношений и созданию благоприятной социальной среды для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Организацией и координацией социально-консультативной помощи занимаются центры социального обслуживания, а также органы социальной защиты населения, которые создают для этих целей соответствующие подразделения (ст. 23 Федерального закона

«О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»).

**Социально-медицинская помощь лицам с умственной отсталостью** оказывается в учреждениях социальной защиты, здравоохранения и образования. Учреждения системы социальной защиты населения дифференцированы с учетом возраста и степени психического недоразвития. Сеть учреждений включает в себя специализированные ясли и дома ребенка для детей с последствиями органического поражения центральной нервной системы и интеллектуальной недостаточностью, детские сады для умственно отсталых детей, вспомогательные школы и школы-интернаты для обучаемых олигофренов, специализированные профессиональные технические училища, интернаты социального обеспечения для глубоко умственно отсталых.

**Социально-медицинские технологии** – совокупность приемов и методов воздействия, направленных на сохранение здоровья и формирование здорового образа жизни.

**Социально-медицинские услуги** – см. **Социальная услуга**.

**Социально-медицинский патронаж** – социально-медицинская услуга (см. **Социальная услуга**, **Патронаж**), заключающаяся в систематическом наблюдении за клиентами для выявления отклонений в состоянии их здоровья и оказания им, при необходимости, социально-медицинской помощи.

**Социально-медицинское обслуживание на дому** – постоянный уход за гражданами, страдающими тяжелыми заболеваниями, но не требующими помещения в специализированные учреждения; помимо социально-бытовой помощи, включает комплекс медицинских услуг, наблюдение за состоянием здоровья, поддержание контактов с лечащим врачом больного, профилактические мероприятия. Осуществляется социальным работником и медсестрами специализированных отделений социальных служб (см. **Служба помощи на дому**).

**Социально-медицинское сопровождение** представляет собой систему медицинских мероприятий, обеспечивающих своевременную диагностику, разработку рекомендаций для социального работника об индивидуальных особенностях инвалида, консультирование социального педагога и родителей, при необходимости осуществление медицинской помощи. По своему содержанию включает:

- первичную диагностику;
- разработку рекомендаций специалистам по социальной работе;

- медико-педагогический консилиум;
- непосредственное социально-медицинское сопровождение;
- заключительную диагностику и разработку рекомендаций для родителей на период самостоятельной реабилитационной работы.

**Социально-педагогическая помощь** – помощь, направленная на создание необходимых условий для реализации права родителей на воспитание детей, преодоление педагогических ошибок и конфликтных ситуаций, порождающих беспризорность и безнадзорность, на развитие и воспитание детей в семьях группы риска и детей с особыми потребностями.

**Социально-педагогическая реабилитация** – направление реабилитации, связанное с использованием педагогических методов преодоления патологии, предусматривает возможности индивидуального развития, стимулирует преодоление ребенком своих ограниченных возможностей, применяется параллельно с медицинской реабилитацией и может использовать медицинские меры контроля преодоления отклонений и ограничений. Применительно к работе с детьми, страдающими ДЦП, более корректно говорить не о реабилитации, а об индивидуальном и направленном развитии – абилитации (см. **Абилитация**).

**Социально-педагогическая реабилитация дезадаптированных детей и подростков** – возвращение, включение, реинтеграция детей и подростков в общество, способствующие их полноценному функционированию в качестве социального субъекта. Основной контингент: нуждающиеся в экстренной социальной психокоррекционной и медико-психологической помощи; испытывающие трудности в общении с родителями, сверстниками, педагогами; проживающие в неблагополучных семьях; подверженные депривации по различным причинам; подвергшиеся любым формам физического или психического насилия; отказавшиеся жить в семье, подкинутые, заблудившиеся; оставшиеся без попечения родителей; не имеющие постоянного места жительства и средств к существованию. Основными задачами в отличие от социально-педагогической реабилитации детей-инвалидов являются следующие:

- профилактическая работа по предупреждению безнадзорности детей и подростков;
- выявление источников и причин социальной дезадаптации несовершеннолетних;

- разработка и обеспечение реализации индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков, включающих профессионально-трудовой, учебно-познавательный, социокультурный, физкультурно-оздоровительный и иные компоненты;
- подготовка рекомендаций и осуществление взаимодействия с семьями дезадаптированных детей для обеспечения непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий с ними в домашних условиях;
- обеспечение временного проживания безнадзорных детей и подростков в нормальных бытовых условиях с предоставлением бесплатного питания, коммунальных услуг, медицинского обслуживания, должного ухода и соблюдения норм гигиены, а также оказание им необходимой социальной помощи;
- оказание психологической, психокоррекционной и иной помощи по ликвидации кризисной ситуации в семье и содействие возвращению ребенка родителям или лицам, их заменяющим;
- участие совместно с заинтересованными ведомствами в решении вопросов о дальнейшей судьбе несовершеннолетних и их устройстве;
- определение и осуществление совместно с заинтересованными ведомствами наиболее оптимальных форм дальнейшего воспитания детей.

**Социально-педагогические технологии** – совокупность педагогических приемов и методов, целенаправленно действующих на сознание, поведение и деятельность человека как члена социума в процессе его социализации, адаптации к новым социальным условиям и в социально-ориентированных видах деятельности.

**Социально-педагогический патронаж** – см. **Патронаж, Социальная услуга.**

**Социально-педагогическое патронирование** – направленное сопровождение деятельности родителей по отношению к ребенку-инвалиду в соответствии с программой его реабилитации; направлено на контроль социально-педагогической деятельности, ее корректирование, помощь в овладении опытом целесообразной деятельности, что помогает предупредить типичные ошибки, выявить динамику развития ребенка, и способствует повышению



эффективности всей социально-педагогической деятельности по реализации технологии социальной реабилитации.

**Социально-педагогический центр** – структурно упорядоченная и разветвленная сеть воспитательно-образовательных учреждений, социально-психологических общностей, территориальных групп и объединений, служб помощи семье и детству, направленных на социальную защиту и реализацию прав каждого своего члена в творческой самореализации, успешном физическом, психическом и социальном развитии личности.

**Социально-правовая помощь** – помощь, направленная на соблюдение прав человека и прав ребенка, содействие в реализации правовых гарантий различным категориям граждан, правовое информирование по жилищным, семейно-бытовым, трудовым, гражданским вопросам.

**Социально-правовой патронаж** – социально-правовая услуга, заключающаяся в систематическом наблюдении за клиентами для своевременного выявления угрозы насилия или применения насилия, а также другого незаконного действия в отношении детей, женщин, инвалидов, пожилых людей и оказания им, при необходимости, социально-правовой помощи.

**Социально-правовые услуги** – см. Социальная услуга.

**Социально-психологическая адаптация инвалида** – анализ социально-психологических особенностей адаптации инвалидов к существующей ситуации; выявляют четыре основных типа социально-психологической адаптации:

- **активно-позитивная** – для инвалида характерно стремление поиска самостоятельного выхода из сложившейся ситуации, сопровождается благоприятными социально-психологическими особенностями личности (достаточно высокий уровень самооценки, удовлетворенность жизнью и т. д.); крайне незначительная по численности категория инвалидов;
- **активно-негативная** – инвалид не отрицает желания самостоятельно изменить свое положение, однако практических последствий это не имеет в силу психологического дискомфорта, общей неудовлетворенности жизнью; характерна для инвалидов среднего возраста;
- **пассивно-позитивная** – при объективно неудовлетворительном социально-экономическом положении и низкой самооценке приводит в целом к

относительной удовлетворенности существующей ситуацией и, как следствие, отсутствию желания активно менять ее в лучшую сторону; характерна для людей старших возрастных групп;

- **пассивно-негативная** – неудовлетворенность своим положением (наряду с отсутствием желания самостоятельно улучшить его) сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, тревогой, ожиданием катастрофических последствий даже от бытовых неурядиц и другими негативными социально-психологическими особенностями.

**Социально-психологическая помощь** – помощь, направленная на создание благоприятного микроклимата в семье и микросоциуме, в котором развивается индивид, устранение негативных воздействий со стороны значимого окружения и затруднений во взаимоотношениях с этим окружением, а также помощь в профессиональном и личностном самоопределении.

**Социально-психологическая реабилитация** – см. **Реабилитация социально-психологическая.**

**Социально-педагогические технологии** – диагностические и коррекционные процедуры, объектом которых выступают социально-психологические явления, влияющие на поведение людей, включенных в различные социальные группы; это система мер, в основе которых лежит воздействие на некоторые стороны психической реальности человека с помощью особых методов.

**Социально-психологические услуги** – социальные услуги, направленные на содействие клиенту в улучшении его психического состояния, восстановления способности к адаптации в среде жизнедеятельности. Национальный стандарт ГОСТ Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и понятия», введенный в действие с 1 января 2007 г., предусматривает следующие виды социально-психологических услуг:

- **Социально-психологическое консультирование** – социально-психологическая услуга, заключающаяся в получении информации от клиента о его проблемах и обсуждении с ним этих проблем для раскрытия и мобилизации клиентом внутренних ресурсов и последующего решения социально-психологических проблем. См. также **Консультирование.**

- **Психологическое консультирование** – социально-психологическая услуга, заключающаяся в оказании помощи клиенту в налаживании межличностных взаимоотношений с близкими и другими значимыми для него людьми. См. также **Консультирование**.
- **Психологическая диагностика и обследование личности** – социально-психологическая услуга, заключающаяся в выявлении и анализе психического состояния и индивидуальных особенностей личности клиента, влияющих на отклонение в его поведении и взаимоотношения с окружающими людьми, для составления прогноза и разработки рекомендаций по психологической коррекции этих отклонений.
- **Психологическая коррекция** – социально-психологическая услуга, заключающаяся в активном психологическом воздействии, направленном на преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении клиента с целью обеспечить соответствие этих отклонений возрастным требованиям, требованиям социальной среды и интересам клиента.
- **Психотерапевтическая помощь** – социально-психологическая услуга, заключающаяся в психологических воздействиях в системе «психолог – клиент», направленных на решение проблем клиента, которые лежат в основе глубинных жизненных трудностей и межличностных конфликтов.
- **Психопрофилактическая работа** – социально-психологическая услуга, заключающаяся в содействии в формировании у клиентов потребности в психологических знаниях, желания использовать их для работы над собой, своими проблемами, в создании условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении и развитии личности клиента.
- **Психологический тренинг** – социально-психологическая услуга, заключающаяся в активном психологическом воздействии, направленном на снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-

психической напряженности, формирование личностных предпосылок для адаптации к новым условиям.

- **Социально-психологический патронаж** – социально-психологическая услуга, заключающаяся в систематическом наблюдении за клиентами для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта (см. **Психический дискомфорт**) или межличностного конфликта (см. **Конфликт межличностный**) и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию, и оказания им, при необходимости, социально-психологической помощи.

См. также **Социальная услуга**.

**Социально-психологическое консультирование** – см.

**Социально-психологические услуги**.

**Социально-психологический патронаж** – см. **Патронаж**.

**Социально-психологический тренинг** – психологическое воздействие, основанное на активных методах групповой работы; форма специально организованного общения, в ходе которого решаются вопросы развития личности, формирования коммуникативных навыков, оказания психологической помощи и поддержки, позволяющие снимать стереотипы и решать личностные проблемы участников [А. С. Пругченков, 1996]. Во время занятий происходит смена внутренних установок, расширяются знания, появляется опыт позитивного отношения к себе и окружающим.

Самовоспитание личности осуществляется по следующим направлениям: восприятие себя через соотнесение с другими (возможность идентификации и сопоставления); восприятие себя через восприятие другими (позволяет узнать мнение окружающих); восприятие себя через результаты деятельности (закрепляет мнение о своих возможностях); восприятие себя через оценку внешнего облика (помогает принять себя).

Цели социально-психологического тренинга: первая – повышение социально-психологической компетентности участников, развитие их способности активно взаимодействовать с окружающими; вторая – формирование активной социальной позиции и развитие способности производить значимые изменения в своей жизни и жизни окружающих; третья – повышение общего уровня психологической культуры. Эти общие цели реализуются в частных задачах, таких как диагностика и коррекция личностных качеств, снятие

коммуникативных барьеров и др. См. также **Социальная услуга, Социально-психологические услуги.**

**Социально-реабилитационная помощь** – помощь, направленная на оказание реабилитационных услуг различными центрами и службами по восстановлению психологического, морального, эмоционального состояния и здоровья нуждающихся в ней граждан.

**Социально-средовая реабилитация** – см. **Реабилитация социально-средовая.**

**Социально-экономическая помощь** – помощь, направленная на оказание содействия в получении пособий, компенсаций, единовременных выплат, адресной помощи нуждающимся категориям граждан.

**Социально-экономические услуги** – см. **Социальная услуга.**

**Социальное воспитание** – забота общества и государства о своем прогрессе через созидательное развитие младших поколений; процесс содействия продуктивному личностному росту человека при решении им жизненно важных задач взаимодействия с окружающим миром, таких как достижение жизненного успеха, социальной компетентности, конкурентоспособности, социального самоопределения, выживание в обществе. Процесс социального воспитания личности человека предполагает:

- основные циклы – семейный, образовательный, трудовой, послетрудовой;
- цели и задачи – личностный рост индивида, группы, коллектива;
- средства реализации – содержание, форму, методы (информационный, инструментально-оперативный, коммуникативно-интерактивный);
- этапы осуществления – ориентация, проектирование, планирование, реализация задач, оценка достижения;
- результаты – степень успешности личностного роста в деятельности, общении, познании, самореализации;
- контингент – социально перспективные (интеллектуально, художественно и эмоционально одаренные, социально ориентированные и социально ответственные), социально незащищенные (инвалиды, сироты, необустроенные, неполные и многодетные семьи, малообеспеченные), социально неблагополучные (криминально опасные, правонарушители, бездомные).

**Социальное здоровье личности** – определенный уровень развития, сформированности и совершенства форм и способов взаимодействия индивида с внешней средой (приспособление, уравновешивание, регуляция); определенный уровень психического и личностного развития, позволяющий успешно реализовать это взаимодействие [И. В. Кузнецова; 1996]. Антиподом социального здоровья является состояние социальной запущенности. Критериями социального здоровья служат:

- адаптация в референтных общностях (семья, группа детского сада, класс, трудовой коллектив);
- овладение ведущей деятельностью и другими ее видами (игровая, учебная, профессионально-трудовая);
- овладение нормативным, правилосообразным поведением;
- уравновешенность процессов социализации и индивидуализации;
- выработка индивидуального стиля поведения и деятельности;
- наличие самоконтроля и саморегуляции поведения в зависимости от обстоятельств;
- общая средовая адаптация и интеграция в общество.

**Социальное консультирование** – технология оказания социальной помощи путем целенаправленного информационного воздействия на человека или малую группу по поводу их социализации, восстановления и оптимизации социальных функций, ориентиров, выработки социальных норм общения.

**Социальное научение** – см. **Научение**.

**Социальное обеспечение** – система оказания различных социальных услуг в рамках государственной системы материального обеспечения и обслуживания престарелых и нетрудоспособных граждан, семей с детьми, а также лиц, нуждающихся в социальной помощи.

**Социальное обслуживание** – деятельность социальных служб, направленная на предоставление социальных услуг, осуществление социальной реабилитации и адаптации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**Социальное обслуживание инвалидов** включает совокупность социальных услуг (уход, организация питания, содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической, натуральной и других видах помощи, помощи в

профессиональной подготовке, трудоустройстве, организации досуга, содействие в организации ритуальных услуг и др.), которые предоставляются гражданам из числа инвалидов на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

**Социальное поведение** – совокупность поступков лица или действующей группы, затрагивающих интересы других лиц или групп. В более узком значении термин обозначает совокупность действий, посредством которых индивид добивается реализации своих частных интересов.

**Социальные компоненты жизнедеятельности** – возможность и вероятность взаимоотношений с другими, как с отдельными индивидами, так и с различными социальными группами. Социальные компоненты включают: жизненную ситуацию (например одинокий человек или нет); социальную поддержку; поддержку близких (соседей, друзей); половые взаимоотношения (опыт и возможности); установки, социальные предубеждения, предрассудки; возможности и ограничения, связанные с расой, религией, национальностью; социально-экономический статус; языки общения.

**Социальные службы** – предприятия и учреждения независимо от форм собственности, предоставляющие социально-бытовые, социально-медицинские, психолого-педагогические, социально-правовые услуги, оказывающие социальную поддержку и материальную помощь. Социальные службы проводят мероприятия по социальной адаптации и реабилитации инвалидов и граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации. Сфера деятельности социальной службы включает различные направления:

- социальное обслуживание на дому;
- постоянное обслуживание в стационарных учреждениях;
- предоставление временного приюта;
- организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания;
- реабилитация инвалидов;
- консультативная помощь;
- социальный патронаж семей, детей и отдельных граждан, в том числе несовершеннолетних, с девиантным поведением, лиц, вернувшихся из мест лишения свободы;
- социальная помощь детям, оставшимся без попечения родителей;

- организация торгового обслуживания, социально-бытовых и ритуальных услуг и пр.

**Социальный патронаж** – см. **Социальная услуга, Патронаж.**

**Социальные услуги** – действия по оказанию клиенту социальной помощи, предусмотренной федеральным законодательством.

**Социальный врач** – социально-медицинский специалист, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию социальным людям, в ней нуждающимся.

**Социальный диагноз** – дифференцированное, индивидуализированное и точное определение проблем людей и условий, равно как и их взаимосвязи, необходимое для дифференцированной помощи. Предполагает сбор данных о клиентах и условиях их жизни, а также анализ информации для разработки плана помощи.

**Социальный контроль** – механизм, с помощью которого реализуется совокупность процессов социально-экономического, административно-правового и организационно-воспитательного характера в социальной системе (общество, социальные группы, личность). Социальный контроль направлен на обеспечение функционирования системы в соответствии с социальными нормами и образцами. Осуществляется в официальной (через правовые нормы) и неофициальной (через взаимоконтроль и общественное мнение) форме.

**Социальный патронаж** – особая форма государственной защиты прав личности недееспособных и других граждан в случаях, предусмотренных законом. Как технология, социальный патронаж (социальная опека) включает выявление лиц, нуждающихся в опеке, подбор опекунов, работу с опекунами, регулирование их отношений с опекаемыми, защиту прав и интересов последних. Предполагает проведение на дому профилактических, оздоровительных, санитарно-просветительских мероприятий, предоставление социальных услуг. См. также **Патронаж, Социальная услуга.**

**Социальный педагог** – специалист образовательного, реабилитационного или коррекционного учреждения, основной целью которого является оказание помощи в восстановлении взаимовыгодного взаимодействия между личностью и обществом для улучшения качества жизни лиц, нуждающихся в помощи и поддержке государства.

**Социальный работник** – единая профессия, представленная многообразным веером разновидностей и специализаций. На практике



получает широкое распространение работа социальных педагогов, социальных работников, специалистов по социальной работе. Как правило, социальный работник имеет дело с уже состоявшейся проблемой (алкоголизм, наркомания, табакокурение, социальная депрессия, бродяжничество, болезнь, неспособность самостоятельно обслуживать себя, инвалидность, миграция, стихийное бедствие, социальная дезадаптация), что требует специальных видов помощи и более узкой специализации (по работе с инвалидами, беженцами, группами социального риска и т. д.). Социальный работник может специализироваться в решении социальных проблем определенных возрастных групп (детей, подростков, молодежи, пожилых), учреждений и специфических свойствах микросреды (село, воинская часть и т. д.).

**Социальный статус** – интегральный показатель положения субъекта или группы в обществе, системе социальных связей и межличностных отношений, отличающий его от других субъектов или групп и определяющий его права, обязанности и привилегии; характеризуется рядом признаков как естественного (пол, возраст), так и социального (национальность, профессия, род занятий, доход) характера.

**Спастичность** – см. **Гипертонус**.

**Специализация работника** – один из видов профессионального разделения труда.

**Специально созданные условия** – специфические санитарно-гигиенические, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микросоциальные факторы, позволяющие инвалиду осуществлять трудовую, бытовую и общественную деятельность в соответствии с его реабилитационным потенциалом.

**Специальность** – вид профессиональной деятельности, усовершенствованной путем специальной подготовки; определенная область труда, знания. В некоторых видах трудовой деятельности понятия «специальность» и «профессия» равнозначны, т. к. охватывают всю сферу деятельности работника, например шофер, сварщик, библиотекарь.

**Специальные (коррекционные) образовательные учреждения** – учреждения, предназначенные для детей, подростков и взрослых с различными аномалиями психофизического развития.

**Социограмма** – графическое изображение математической обработки результатов, полученных с помощью социометрического теста при исследовании межличностных отношений в малых группах; показывает сложное переплетение взаимных симпатий и антипатий,

наличие «социометрических звезд» (выбираемых большинством опрошиваемых) и «париев» (отвергаемых большинством), а также иерархию промежуточных звеньев между данными полюсами. Позволяет наглядно представить отношения в группе, степень организованности группы. Различают коллективные и индивидуальные социограммы:

- **коллективные социограммы** – графическое размещение членов группы в зависимости от их популярности – в центре или на периферии, при этом отражаются практически все связи; наиболее популярны социограммы-мишени, представляющие собой несколько концентрических окружностей: популярные, средние и непопулярные члены группы;
- **индивидуальные социограммы** позволяют сделать более глубокий и развернутый анализ положения конкретного человека в группе, например, отличить позицию лидера от позиции популярного члена группы, выделить отверженного или изолированного индивида.

**Социокультурная реабилитация** – комплекс мероприятий и условий, позволяющий инвалидам адаптироваться в стандартных социокультурных ситуациях: заниматься посильной работой; находить и использовать нужную в практической деятельности, развлечении и отдыхе необходимую для себя информацию; адекватно участвовать в ситуациях общения и пользования доступными средствами массовой коммуникации, книгами; ухаживать за собой и т. д. Культурная политика в развитых странах ориентирована на обеспечение всем гражданам доступа к основным культурным ценностям и занятиям культурно-творческой деятельностью. Это предполагает, что в ходе приобщения граждан к культурным ценностям повышается их духовность, культурный уровень, ускоряются процессы социализации личности и вхождения индивида в социум путем усвоения общечеловеческих ценностей и социальных норм. В практике социокультурной деятельности за рубежом нашли широкое применение следующие направления.

- **Социокультурная деятельность библиотек** с лицами с ограниченными возможностями направлена на содействие их самостоятельному совершенствованию, обеспечению доступа к информации и организации досуга. На базе многих библиотек ведется активная кружковая и клубная работа с инвалидами. Широко распространено использование в интересах инвалидов

виртуальных информационных пространств, применяется современное мультимедийное обеспечение, что создает принципиально новую безбарьерную социокультурную среду для инвалидов. Развита система электронных библиотек. Обеспечению достаточно высокого уровня обслуживания инвалидов в библиотеках служат получившие распространение национальные стандарты и руководства по библиотечному обслуживанию лиц с ограниченными возможностями.

- **Социокультурная деятельность с использованием рекреационных зон** – программы рекреационно-оздоровительных курсов для людей с ограниченной двигательной активностью, разрабатываемые и применяемые в практике работы различных парков, клубов, кинотеатров и других досуговых учреждений (летний компьютерный лагерь для инвалидов, иппотерапия, рекреационный комплекс и т. д.). В последнее время наблюдается интерес к более широкому участию инвалидов в досуговой деятельности, рассчитаной на физически здоровых людей, что обеспечивается специальными интегрированными рекреационными программами.
- **Работа музеев с лицами с ограниченными возможностями** направлена на самоидентификацию личности через приобщение к культурному и природному наследию. Наиболее распространенные формы работы: информационное обслуживание путем предоставления брошюр и другой информации; помощь специально обученного персонала и техники людям с особыми потребностями (сурдопереводчики, световая сигнализация для глухих, знаковая символика на билетах, использование осязаемых предметов для слепых и т. д.); оборудование и специальные технические средства (обеспечение безбарьерной среды, карты маршрутов с указаниями специальных туалетов, мест для отдыха, подъемников, лестниц с указанием количества ступенек). Важным направлением работы музеев является художественная терапия для слепых и слабовидящих, их художественно-творческая реабилитация. Особый вид музейной деятельности – рассказ не для инвалидов, а о них самих, что нужно для

здоровых людей, чтобы преодолеть их предубеждение против инвалидов.

- **Работа театров и концертных залов** в основном состоит в обеспечении доступности соответствующих помещений для лиц с ограниченными возможностями по аналогии с музеями, обеспечении лиц с нарушениями слуха и зрения вспомогательными техническими средствами, облегчающими восприятие спектаклей; выделение специальных посадочных мест, проведение благотворительных показов, концертов, спектаклей.
- **Художественно-эстетическое воспитание и досуг** осуществляется как в учреждениях, ориентированных на работу с инвалидами, так и предназначенных для здоровых людей по специальным реабилитационным программам, предусматривающим как эстетическое развитие, так и коррекционно-развивающее и лечебное средство (театральные, музыкальные, художественные и другие студии).

**Социокультурная технология** – многоцелевая программа, направленная на реабилитацию инвалидов путем достижения жизненно важных для них целей; для решения своих задач охватывает большой временной диапазон; ориентируется на определенный тип инвалидности и свойственные ему медицинские факторы и психофизические отклонения, а также на различный выбор возможных альтернативных решений. Одним из основных элементов является анализ ситуации, характеризующий образ жизни инвалидов, свойственные им идеалы и нормы поведения, духовные ценности, культурно-досуговые интересы и предпочтения. Это позволяет в наиболее обобщенном виде сформулировать задачи, на решение которых и будет направлена создаваемая технология.

Качественную суть методов и приемов, используемых в данной технологии, отражает их коррекционно-развивающая функция, направленная на максимальную реализацию творческих способностей, творческое самообразование и социальное самоутверждение людей с ограниченными возможностями. Не менее существенную цель имеет реактивно-оздоровительная и восстановительная функция технологии, предполагающая не только смену видов досуговой занятости инвалидов, но и компенсацию их ограничений и недостаточности в социокультурной сфере.

**Социокультурный патронаж** – см. **Патронаж**.

**Социопатии** – 1. Определяются как «социальные болезни»; проявляются в целенаправленных или стихийных массовых действиях людей, направленных на разрушение ценностно-нормативных устоев общества.

2. Нетерпимость к отдельным социальным кругам или национальностям.

**Социореадаптация** – см. **Рееадаптация социальная**.

**Социотерапия** – см. **Социальная терапия**.

**Спастическая диплегия** – см. **Болезнь Литтля**.

**Спастическая кривошея** – см. **Гиперкинез**.

**Спазм** (от греч. *spasmos* – судорога) – непроизвольное тоническое сокращение поперечнополосатых или гладких мышц. Четкие клинические признаки, на основании которых можно было бы отличить спазм от различных вариантов тонических судорог, отсутствуют.

**Спастический** – судорожный, имеющий характер спазма – длительной судороги определенной мышцы или группы мышц.

**Спастичность мышечная** – неравномерное повышение тонуса мышц-антагонистов (например неодинаковое сопротивление при сгибании и разгибании конечности). Возникает при поражении пирамидной системы, при этом больше повышен тонус мышц-сгибателей рук и мышц-разгибателей ног.

**Специализированное предприятие (цех, участок) для применения труда инвалидов** – предприятие (цех, участок), предназначенное для трудоустройства инвалидов в специально созданных условиях, включая специальные рабочие места и оборудование, облегченные условия и режим работы, льготное нормирование и оплату труда, медицинское наблюдение и обслуживание.

**Спинальный мозг** – отдел центральной нервной системы, расположенный в позвоночном канале. У взрослого человека имеет форму шнура длиной 41 – 45 см с двумя утолщениями в шейной и пояснично-крестцовой частях; на ранних стадиях онтогенеза заполняет весь позвоночный канал, но в процессе роста человека его удлинение отстает от темпов удлинения позвоночника. Условно делят на пять частей: шейную, грудную, поясничную, крестцовую и копчиковую, в каждую из которых входит определенное количество сегментов (соответственно – 8, 12, 5, 3, 1 – 3). На поперечном разрезе спинного мозга различают серое вещество, имеющее форму бабочки, и окружающее его белое вещество. В центре серого вещества находится центральный канал спинного мозга.

Осуществляет две основные функции: сегментарную, или рефлекторную (см. **Рефлекс, Рефлекс в неврологии**), и проводниковую. Сегментарный аппарат спинного мозга (его нейронные структуры и разнообразные внутренние связи) находится под тормозным влиянием надсегментарных центров и различных структур головного мозга. Расположенные в передних рогах серого вещества нервные клетки являются двигательными; они осуществляют передачу возникших в спинном мозге сигналов к скелетным (поперечнополосатым) мышцам. В сегментарный рефлекторный аппарат спинного мозга поступают нисходящие импульсы от головного мозга, прежде всего от структур пирамидной и экстрапирамидной систем. От этих импульсов зависят произвольные движения и степень возбудимости сегментарного аппарата.

Кроме волокон, проводящих нисходящие импульсы, в белом веществе спинного мозга имеются волокна, проводящие восходящие (чувствительные) импульсы. Эти импульсы возникают в ответ на раздражение рецепторов кожи, сухожилий, мышц и суставов – проприорецепторов.

**Способ совершения движения (в кондуктивной педагогике)**, управление двигательной активностью в кондуктивной педагогике в большей степени внешнее, что на начальном этапе овладения любым движением с подключением сознания создает основу для дальнейшей автоматизации двигательного навыка. Моторное развитие состоит в непрерывном получении внешних управляющих коррекционных указаний, а не в самостоятельном научении и применении своих способностей; в случае когда ребенок верно выполняет движение и достигает желаемого результата, именно одобрение со стороны окружающих закрепляет схему этого движения. Основной способ совершения движения в кондуктивной педагогике выглядит следующим образом:

- афферентный синтез – поиск правильной позы, физиологически естественного положения тела и осознание этого исходного положения, зрительный контроль, показ, профилактика неверных поз, проговаривание вместе с кондуктором положения всех частей тела;
- принятие решения – сообщение ребенку цели движения, конечного результата и необходимых инструкций для его достижения;

- формирование программы действия – поэтапное, пошаговое описание движения и способа его выполнения с показом кондуктора;
- исполнение действия и получение результата – непосредственное выполнение движения ребенком и ритмический словесный комментарий, достижение задуманной цели;
- обратная связь – достижение цели, похвала кондуктора, одобрение членов коллектива.

**Способности** – индивидуальные особенности человека, обеспечивающие успешность выполнения какой-либо деятельности, легкость усвоения и овладения данной деятельностью, творческие возможности человека. Обнаруживаются в процессе овладения деятельностью – насколько индивид при прочих равных условиях быстро и основательно, легко и прочно осваивает способы ее организации и осуществления. Тесно связаны с общей направленностью личности, с устойчивостью склонностей человека к той или иной деятельности.

**Способность к обучению** – способность к восприятию знаний (общеобразовательных, профессиональных и других), овладению навыками (бытовыми, профессиональными, культурными, социальными). Выделяют три степени ограничения способности к обучению:

- 1-я степень – обучение в образовательных учреждениях общего типа с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения; с применением при необходимости вспомогательных средств;
- 2-я степень – обучение только в специальных учебных заведениях или на дому по специальным программам;
- 3-я степень – неспособность к обучению и усвоению знаний, умений, навыков.

**Способность к общению** – способность к установлению и развитию контактов с другими людьми благодаря восприятию, пониманию другого человека, возможности обмена информацией. Выделяют следующие степени ограничения способности к общению:

- 1-я степень – снижение темпа и объема усвоения, получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных средств;

- 2-я степень – способность к общению с частичной помощью других лиц;
- 3-я степень – неспособность к общению и постоянная необходимость помощи других лиц.

**Способность к ориентации** – способность самостоятельно ориентироваться в окружающей среде посредством зрения, слуха, обоняния, осязания, мышления и адекватно оценивать ситуацию с помощью интеллектуальных свойств. Выделяют три степени ограничения способности к ориентации:

- 1-я степень – способность ориентироваться только в привычной ситуации самостоятельно или с помощью вспомогательных средств;
- 2-я степень – ориентация с частичной помощью других лиц и использованием при необходимости вспомогательных средств;
- 3-я степень – неспособность к ориентации (дезориентация) и необходимость постоянной посторонней помощи.

**Способность к самообслуживанию** – способность справляться с основными физиологическими потребностями (прием пищи, личная гигиена, одевание, физиологические отправления), выполнять повседневные бытовые задачи. Выделяют три степени ограничения самообслуживания:

- 1-я степень – способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных средств; сохраняется способность к самообслуживанию при адаптации жилья и предметов обихода к потребностям инвалида;
- 2-я степень – способность к самообслуживанию с частичной помощью других лиц и с использованием вспомогательных средств; сохраняется способность к самообслуживанию при обязательной помощи другого лица, использовании вспомогательных средств, адаптации жилья и предметов обихода к потребностям инвалида;
- 3-я степень – неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц; необходимость в постоянной посторонней помощи, уходе и надзоре.



**Способность к самостоятельному передвижению** – способность перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Выделяют три степени ограничения способности к самостоятельному передвижению:

- 1-я степень – сохраняется способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния, с использованием при необходимости вспомогательных средств;
- 2-я степень – самостоятельное передвижение с частичной помощью других лиц и использованием при необходимости вспомогательных средств;
- 3-я степень – неспособность к самостоятельному передвижению.

**Способность к труду** – способность человека осуществлять трудовую деятельность способом или в рамках, считающимися нормальными для человека, соответствующую квалификационным требованиям к содержанию, объему и условиям профессии. Выделяют три степени ограничения способности к труду:

- 1-я степень – способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, неспособность выполнения работ по своей профессии;
- 2-я степень – трудовая деятельность в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и/или специального оборудования рабочего места, с помощью других лиц;
- 3-я степень – неспособность к трудовой деятельности.

**Способность контролировать свое поведение** – способность осознания себя и правильности своего поведения как в повседневной обстановке, так и по отношению к окружающим. Выделяют следующие степени ограничения способности:

- 1-я степень – ограничение способности контролировать свое поведение в отдельных жизненных ситуациях и затруднение выполнения некоторых ролевых функций;
- 2-я степень – ограничение способности контролировать свое поведение вследствие выраженного изменения личности, постоянного

снижения критики к своему состоянию и окружающему, с возможностью частичной коррекции только с помощью других лиц;

- 3-я степень – невозможность контролировать свое поведение, отсутствие критики к своему состоянию и окружающему, нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

**Среда жизнедеятельности, доступная для инвалида** – см. **Доступная среда жизнедеятельности.**

**Средства массовой коммуникации (СМК)** – технические средства (печать, радио, кинематограф, телевидение, компьютерные сети), с помощью которых осуществляется распространение информации, знаний, духовных ценностей, моральных и правовых норм и т. п. на количественно большие рассредоточенные аудитории.

**Срочная социальная услуга** – см. **Социальная услуга.**

**Стандарт** – 1. Образец, эталон, модель, принимаемые за исходные для сопоставления с ними прочих подобных объектов.

2. Нечто шаблонное, трафаретное, не содержащее в себе ничего творческого, оригинального, самобытного.

3. Стандарт, как нормативный документ, устанавливает комплекс норм, правил, требований к объему стандартизации и утверждается компетентными органами; устанавливается как на материальные предметы (требования к продуктам питания, требования к детским изделиям и пр.), так и на нормы и правила непредметного характера (медико-экономический стандарт, массажная единица и пр.).

**Стандарт образования** – совокупность требований к уровню, содержанию и качеству образования, отраженных в соответствующих нормативных документах.

**Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов** – основной международный документ, принятый в 1993 году Генеральной Ассамблеей ООН. В них зафиксированы базовые принципы реабилитации инвалидов и даны конкретные рекомендации государствам о принятии необходимых мер для обеспечения полного участия инвалидов в общественной жизни.

**Стандартизация** – установление единых норм и требований – стандартов.

**Стандарты объема и качества медицинских услуг** – нормативные характеристики качества медицинской помощи, содержащие набор диагностических и лечебных программ, обеспечивающих достижение планируемых результатов лечения и

указывающих их общие клинические категории. Стандарты качества определяют все известные направления контроля: технологии медицинской помощи, ее эффективность, степени риска медицинских вмешательств (ятрогений) и удовлетворенности пациента медицинским обслуживанием.

**Становление трудовое** – длительный процесс развития личности, проходящий следующие стадии: возникновение и формирование трудовой направленности и профессиональных намерений в процессе общеобразовательной и трудовой подготовки, профориентации; профессиональный выбор; профессиональная адаптация; реализация личности в труде.

**Старение** – закономерный биологический процесс, неизбежно развивающийся с возрастом, характеризующийся постепенным снижением приспособительных возможностей организма и увеличением вероятности смерти. Старость – заключительный этап жизнедеятельности организма, время ее наступления чрезвычайно условно. Различают нормальное, или физиологическое, и преждевременное старение. При физиологическом старении изменение основных физиологических систем организма происходит относительно плавно, значительные приспособительные возможности организма могут в течение длительного времени обеспечивать достаточно высокую активность основных физиологических функций, т. е. практическое здоровье. Именно поэтому старость не следует отождествлять с болезнью.

Преждевременное старение в значительной мере обусловлено перенесенными ранее заболеваниями, неблагоприятным воздействием факторов окружающей среды, вредными привычками, а также нагрузками на регуляторные системы организма и характеризуется ранним развитием возрастной патологии.

**Старость** – заключительный период жизни, условное начало которого связано с отходом от непосредственного участия в производительной жизни общества. Кроме прогрессирующего ослабления здоровья, упадка физических сил, затруднения двигательной активности старость характеризуется психологическими изменениями: нарушением интеллекта, памяти, эмоциональным «уходом» во внутренний мир, в переживания, связанные с оценкой и осмыслением прожитой жизни, хотя известны факты высокой трудовой активности и продуктивности ученых, представителей искусства и прочих профессий не только в пожилом, но и в старческом возрасте. Поэтому неправомерно связывать с периодом старости лишь регрессивные явления, ее можно рассматривать и как

особый период развития; в случае позитивного прохождения индивидом предшествующих возрастных стадий, это – достижение мудрости и чувства удовлетворенности, полноты жизни, исполненного долга, высший уровень личностной интеграции. Но если главнейшие задачи предшествующих возрастных этапов не реализовались, процесс старения сопровождается разочарованием и ощущением бесплезности прожитой жизни, отчаянием. В связи с этим геронтопсихология ставит проблему создания условий для активной, полноценной жизни в пожилом и преклонном возрасте, необходимости подготовки человека к наступлению старости.

**Старческое слабоумие (сенильное слабоумие)** – психическая болезнь, обусловленная атрофией головного мозга; проявляется постепенно нарастающим распадом психической деятельности до степени тотального слабоумия с утратой особенностей личности больного и развитием старческого маразма. Заболевание развивается чаще в возрасте 65 – 75 лет. Основным расстройством является прогрессирующее и необратимое нарушение памяти. Сначала забывается то, что приобретено недавно, а затем, постепенно, все события прошлого. Различают простую форму старческого слабоумия, болезнь Альцгеймера и конфабуляторную форму.

- **Простая форма старческого слабоумия** начинается с видоизменения или потери прежних индивидуальных черт характера; при этом отмечается заострение некоторых (бережливость сменяется скупостью, целеустремленность – упрямством, аккуратность – рутинным педантизмом и т. д.); суживается круг интересов и все более ограничивается едой, заботами о собственном физическом благополучии; появляется черствость, эгоизм, безразличие к близким, теряется такт, понимание тонких человеческих отношений. Все новое кажется мелким, незрелым, вызывает неприязнь и раздражение. Больные сварливы, ворчливы, крайне обидчивы, придирчивы, по-детски капризны. В начальном периоде болезни могут возникнуть расстройства влечений – бродяжничество, собирание и накопление хлама, пьянство, половая распущенность. Часто отмечаются идеи материального ущерба с подозрительным отношением к наиболее близким людям. С течением времени нарастают расстройства памяти по типу прогрессирующей амнезии. В развернутой стадии болезни отмечается полная

дезориентировка в месте, времени и окружающем, часто отмечается сдвиг ситуации в прошлое: больные считают себя молодыми, родителей живыми, рассказывают о том, что ходят в школу, собираются выходить замуж и др. Днем они нередко сонливы, в то время как вечером и ночью становятся суетливыми. Исходом заболевания является психический маразм и постепенно развивающаяся кахексия. Смерть чаще наступает от соматических заболеваний, развивающихся обычно малозаметно.

- **Болезнь Альцгеймера** – ранняя форма старческого слабоумия, начинается в возрасте 45 – 55 лет и протекает наиболее злокачественно. Начинается с явлений прогрессирующей амнезии, к которым вскоре присоединяются амнестическая и сенсорная афазия, апраксия, алексия, аграфия и акалькулия. Характерно появление рудиментарных (неразвернутых) эпилептических припадков, часто отмечаются парафазии (перестановка и замена букв и слогов) и логоклония (многократное повторение одного и того же слога или слова). Больным свойственна угрюмость, раздраженность или злобность.
- **Конфабулярная форма старческого слабоумия** – возникает при выраженном атеросклерозе, при этом у больных преобладает благодушное настроение, характерны правильная и живая речь, подвижность с неутолимимым стремлением к бестолковой деятельности, многочисленные конфабуляции (вымыслы), дающие картину так называемой жизни в прошлом.

**Статус** – положение человека в системе межличностных отношений той или иной группы, обусловленное его достижениями в значимой для нее жизнедеятельности, репутацией, авторитетом, престижем, влиянием; определяет права, обязанности и привилегии индивида. В различных группах один и тот же индивид может иметь различный статус.

**Стационарное учреждение социального обслуживания** – социально-медицинское учреждение, предназначенное для постоянного или временного (от 2 до 6 месяцев) проживания граждан пожилого возраста (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет), инвалидов I и II групп и детей-инвалидов, не имеющих медицинских противопоказаний и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском

обслуживании, реабилитационных услугах, а дети-инвалиды – также в обучении и воспитании. В зависимости от контингента проживающих стационарные учреждения социального обслуживания подразделяются на дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками, иные учреждения, предоставляющие социальные услуги в стационарных условиях. См. также **Система социального обслуживания, Учреждения социального обслуживания, Типы учреждений социального обслуживания.**

**Стационарные учреждения для оказания социально-медицинских услуг инвалидам.** К стационарным учреждениям для оказания социально-медицинских услуг относятся дома-интернаты: дом-интернат для престарелых и инвалидов; психоневрологический интернат; дома-интернаты для умственно-отсталых детей; дома-интернаты для детей с физическими недостатками. Особенностью работы домов-интернатов для инвалидов является комплексное обслуживание проживающих, включающее оказание первичной медико-санитарной помощи, оказание социальных услуг и проведение мероприятий социально-трудовой реабилитации. В связи с введением специализации социальной работы – медико-социальная помощь людям пожилого возраста и инвалидам в условиях стационарных учреждений – ключевой фигурой дома-интерната становится социально-медицинский работник, объединяющий и регламентирующий объем социальных, медицинских и реабилитационных услуг.

**Стелька (ортопедическая стелька)** – деталь обуви, расположенная под всей подошвенной поверхностью стопы; обеспечивает коррекцию и, по возможности, лечение неправильного положения или деформации стопы при общей слабости мускулатуры, перегрузке скелета или его деформации.

**Степень ограничения жизнедеятельности** – величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья. Шкала оценки степени ограничения жизнедеятельности, рекомендуемая Международной классификацией, предлагает выделение 6 степеней тяжести ограничения жизнедеятельности по любому из параметров:

- 0 – нет ограничения жизнедеятельности;
- 1-я степень – легкое ограничение жизнедеятельности, вызывающее ряд трудностей и не требующее использования вспомогательных средств;

- 2-я степень – умеренное ограничение, требующее использования вспомогательных средств;
- 3-я степень – умеренное ограничение, требующее содействия окружающих наряду с использованием вспомогательных средств;
- 4-я степень – значительное нарушение жизнедеятельности, вызывающее полную зависимость от окружающих;
- 5-я степень – выраженное ограничение деятельности, вызывающее полную зависимость от окружающих и требующее использования окружающими вспомогательных средств;
- 6-я степень – полная неспособность действовать даже при содействии окружающих лиц и вспомогательных средств.

**Степень функциональных расстройств** определяется согласно классификации нарушений функции организма по степени выраженности, предусматривает четыре степени нарушения:

- 1-я степень – незначительные нарушения функции;
- 2-я степень – умеренные нарушения функции;
- 3-я степень – выраженные нарушения функции;
- 4-я степень – значительно выраженные нарушения функции.

В зависимости от клинико-функциональных нарушений, приводящих к стойкому нарушению здоровья, и степени их выраженности возникают те или иные ограничения жизнедеятельности.

**Стигма (стигматизм, стигматизация)** – исключение из социума определенных групп лиц на основании их непохожести на большинство представителей общества; довольно распространенное явление, общество защищает себя от других, непохожих на себя. Сами инвалиды и члены их семьи склонны к самостигматизации, что влечет за собой самоизоляция и ограничение социальной активности.

**Стимул** – воздействие, обуславливающее динамику психических состояний индивида (реакцию) и относящееся к ней как причина к следствию. В физиологии это понятие тождественно понятию раздражения; в более широком смысле – побуждение, эффект которого обусловлен психикой человека, его интересами, настроением. Не тождественен мотиву, хотя иногда может превращаться в него.

**Стимул ключевой** – специальные раздражители, внешние факторы, обуславливающие запуск инстинкта; в роли их могут выступать сигналы любой модальности: цвета, запахи, звуки, зрительные образы, движения. В естественных условиях обычно действует несколько раздражителей, объединяясь в пусковую ситуацию.

**Стимуляция** – 1. Побуждение к действию, поощрение.

2. Процесс и результат применения стимула, стимулирующего воздействия.

**Стратегия жизни** состоит в способах изменения, преобразования условий, ситуаций жизни в соответствии с ценностями личности, в умении соединять свои индивидуальные особенности, свои статусные и возрастные возможности, собственные притязания с требованиями общества и окружающих.

**Стратегия социальной адаптации** представляет собой индивидуальный способ адаптации личности к обществу и его требованиям, для которого являются определяющими влияния опыта ранних детских переживаний, неосознанных решений, принятые в соответствии с субъективной схемой восприятия ситуаций, сознательным выбором поведения в соответствии с целями, стремлениями, потребностями, системой ценностей личности.

**Страховая медицинская организация** – организация, в качестве которой выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми предусмотренными законодательством формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения.

**Страхование медицинское** – форма социальной защиты и интересов населения в охране здоровья. Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

**Страхование социальное** – система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан,



а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных категорий граждан вследствие признания их безработными, трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности или родов, потери кормильца, а также наступления старости, необходимости получения медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и наступления иных социальных страховых рисков, подлежащих обязательному социальному страхованию.

**Страховой медицинский полис.** Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой полис. Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашение о медицинском страховании граждан.

**Стремление** – мотив, не представленный субъекту в его предметном содержании, в силу чего на первый план выступает динамическая сторона деятельности; первичное побуждение, чувственное переживание потребности и тяготение к объекту, в зависимости от меры осознания выступает в виде влечения или желания.

**Стресс** – состояние организма, возникающее в результате интенсивных и длительных воздействий независимо от их качественной природы и характеризующееся напряжением неспецифических адаптационных механизмов. Стресс может возникать под влиянием холода, тепла, физической нагрузки, боли, эмоционального напряжения и других раздражителей. Согласно учению Г. Селье, впервые употребившего данный термин, любой воздействующий на организм фактор вызывает как специфические реакции, обусловленные качественными особенностями этого фактора, так и неспецифические, или стрессорные, реакции, связанные с возникновением состояния напряжения. Совокупность однотипных стрессорных реакций может проявляться на уровне целостного организма (общий адаптационный синдром) и в пределах поврежденной воздействующим фактором ткани (местный адаптационный синдром). Стрессорные реакции направлены на повышение устойчивости организма к любым воздействиям и носят защитно-приспособительный характер.

В развитии общего адаптационного синдрома главное значение имеют активация системы «гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников» и возбуждение симпатической нервной системы. Под

влиянием факторов, вызывающих стресс, нейросекреторные клетки гипоталамуса вырабатывают кортиколиберин, стимулирующий секрецию аденокортикотропного гормона гипофиза, который вызывает секрецию кортикостероидов. Основные проявления общего адаптационного синдрома обусловлены гиперсекрецией этих гормонов, а также гормонов-медиаторов симпатoadреналовой системы, влияющих на продукцию глюкозы и жирных кислот, обмен белков, иммунную систему, деятельность сердца и кровеносных сосудов, метаболизм ионов и т. д. Одни гормоны способствуют созданию воспалительного барьера на пути распространения патологического фактора, другие подавляют воспаление, ограничивая болезнетворные последствия самого воспалительного очага. Сбалансированность эффектов гормонов обеих групп обеспечивает наилучшую резистентность к воздействию фактору.

Общий адаптационный синдром, неспецифический по происхождению, вместе с тем достаточно специфичен по своим проявлениям и механизму развития. Он начинается со стадии тревоги, во время которой в ответ на первоначальный шок (по терминологии Г. Селье) мобилизуются общие защитные силы организма (противошок), что связано в основном с усилением притока к тканям энергетических субстратов (глюкозы и жирных кислот). В результате формируется так называемая катаболическая фаза стресса. Второй стадией общего адаптационного синдрома является стадия резистентности, во время которой организм приобретает устойчивость не только к воздействию, но обычно и к другим факторам (перекрестная резистентность); в некоторых случаях возможно повышение чувствительности к другим факторам (перекрестная сенсibilизация). При очень интенсивном или продолжительном воздействии на организм, а также при исходной слабости защитных механизмов развивается заключительная стадия – стадия истощения, завершающаяся при отсутствии лечебных мероприятий гибелью организма.

Местный адаптационный синдром имеет те же стадии, что и общий, но проявляется главным образом в виде воспаления. Выраженность местного адаптационного синдрома в значительной степени зависит от общего адаптационного синдрома.

Повторные стрессовые воздействия, с одной стороны, оказывают тренирующий эффект, с другой – способны истощить защитные силы организма, вследствие чего даже слабые раздражители обуславливают развитие тяжелых заболеваний. При неадекватности стрессорных реакций возможно появление так называемой болезни

адаптации, когда приспособительная реакция организма выступает в роли патогенного фактора.

**Стресс эмоциональный** – состояние напряжения физиологических функций организма, вызванное длительным воздействием эмоционально значимого для человека раздражителя. Основной причиной являются так называемые конфликтные ситуации (см. **Конфликт**), в которых человек длительное время по тем или иным причинам не может удовлетворить ведущую жизненно необходимую социальную или биологическую потребность. Это приводит к формированию длительного эмоционального возбуждения отрицательного характера, опасность которого состоит в том, что сформировавшийся в центральной нервной системе комплекс возбуждений нейрогуморальным путем начинает оказывать непрерывные нисходящие влияния на соматовисцеральные функции. Если при кратковременных эмоциональных реакциях измененные физиологические функции быстро возвращаются к исходному уровню за счет саморегуляторных механизмов, то в условиях стресса длительные и нарастающие перегрузки приводят к необратимыми изменениям в отдельных звеньях саморегуляции той или иной функции в зависимости от генетической предрасположенности и избирательности вовлечения их в эмоциональное возбуждение.

**Стридор** – свистящий шум, возникающий главным образом во время вдоха, обусловленный резким сужением просвета гортани, трахеи или бронхов.

**Ступор** – состояние резкой угнетенности, выражается в полной неподвижности, молчаливости.

**Субдепрессия** – снижение настроения, не достигающее до уровня депрессии.

**Сублимация** – процесс и механизм преобразования сексуальных и агрессивных импульсов в более приемлемые, социально одобряемые формы активности; обеспечивает перенесение нереализованной энергии в другие области – труд, творчество, спортивные состязания, чувство юмора и пр.

**Субъект медико-социальной работы** – медицинский социальный работник, социальный врач, прошедший многопрофильную подготовку по оказанию медико-социальной помощи определенной категории граждан (объекту медико-социальной работы), независимо от их пола и возраста. К субъектам медико-социальной работы относятся и все организации, которые оказывают медико-социальную помощь населению.

**Субъект медицинского страхования** – в качестве субъектов медицинского страхования выступают гражданин, страхователь, страховая медицинская организация и медицинское учреждение.

**Суггестия** – собирательный термин, которым обозначаются различные формы эмоционально окрашенного вербального (словесного) и невербального воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния (в том числе побуждения к определенным действиям). Суггестия выступает одним из механизмов психотерапии, имеющих особую эффективность в коррекции речевых расстройств. В современных психолого-педагогических науках термином «суггестивный» определяют направления коррекционного и педагогического процесса, ориентированные на высвобождение скрытых резервов организма и личности посредством разнообразных форм внушения.

**Судороги** – произвольные сокращения мышц, характеризующиеся высокой степенью их напряжения. Различают тонические судороги – длительное напряжение мышц, и клонические судороги – кратковременные толчкообразные сокращения. Судороги возникают спонтанно как реакция на определенные внешние и внутренние раздражители; могут быть следствием эпилепсии, органических поражений головного мозга. У детей легко возникают в раннем возрасте, что, как правило, обусловлено незрелостью центральной нервной системы, под влиянием инфекций, травм, психогенных воздействий. Существуют специальные противосудорожные препараты, которые назначаются врачом параллельно с курсом лечения основного заболевания, вызвавшего судороги.

**Суицидальное поведение** – объединяет все формы проявления суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения.

**Сумеречное помрачение сознания** – см. **Эпилепсия**.

**Сумеречное сознание** – см. **Нарушения сознания**.

**Сурдопедагогика** – отрасль дефектологии, разрабатывающая решения проблем воспитания и обучения детей с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих, оглохших).

**Сурдопсихология** – раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие глухих и слабослышащих людей, возможности его коррекции в условиях специального обучения и воспитания. Ее задачи:

- исследование путей предотвращения немоты у людей с дефектами слуха, исключая нормальное речевое общение;

- выявление особенностей познавательной деятельности;
- выяснение компенсаторных возможностей замены слухового восприятия зрительным, вибрационными ощущениями и т. д.;
- изучение особенностей мышления, памяти и других психических процессов, формирующихся в условиях отсутствия или недоразвития слуховых ощущений;
- обнаружение компенсаторных возможностей, за счет которых возможно преодолеть недостатки слуха, получить достаточное образование, обеспечить участие в трудовой деятельности.

**Сурдотехника** – технические средства для коррекции и компенсации дефектов слуха и обусловленных этими дефектами нарушений речи. Термином «сурдотехника» определяется также отрасль приборостроения, разрабатывающая сурдотехнические средства.

**Схема тела** может рассматриваться как психофизиологический информационный аппарат, где постоянно формируются и сопоставляются динамический и статический образы тела, а также оперативные образы – образы будущего движения.

## Т

**Таламус** – массивное парное образование, составляющее дорсальную часть промежуточного мозга (диэнцефалон). Состоит из ядер, выполняющих переключательные (релейные ядра переключают потоки импульсации, поступающие в проекционные зоны коры), интегративные (ассоциативные ядра) и моделирующие (неспецифические ядра) функции; является одним из важнейших звеньев в системном механизме обеспечения регулируемой локальной (избирательной) корковой активации, лежащем в основе произвольного внимания, селективности восприятия информации.

**Тахилалия** – нарушение речи, выражающееся в чрезмерной скорости ее темпа при сохранении фонетического оформления, лексики и грамматического строя речи.

**Тахистоскоп** – прибор, позволяющий предъявлять зрительные стимулы (изображения) на строго определенное, в том числе очень короткое, время; первая конструкция механического тахистоскопа была

разработана В. Вундтом; электронные тахистоскопы работают по принципу модуляции уровня освещенности. Тахистоскопы различаются числом независимо работающих каналов предъявления информации. В роли тахистоскопов все шире применяются индикаторы и дисплеи, управляемые компьютером. Для проведения коллективных экспериментов применяются проекционные тахистоскопы — специально оборудованные диапроекторы.

**Т-группа** – группа, создаваемая для воздействия на ее членов в системе межличностных отношений с целью развития у них социально-психологической компетентности, навыков общения и взаимодействия; характерны кратковременность существования (от нескольких дней до нескольких недель) и отсутствие предварительной структурированности, нормированности и регламентации. В основе – теория о школе групповой динамики К. Левина. Ведущий метод – свободная дискуссия без предварительно принятого плана, сочетаемая с ролевыми играми и некоторыми другими приемами. Обсуждения строятся по принципу «здесь и теперь», то есть анализируются события, происходящие непосредственно в группе, по возможности – без обращения к прошлому опыту. Условие успешной работы – стимулирование участников на установление таких межличностных, взаимно доверительных отношений, на которые они обычно не решаются в обыденной жизни; развитие чувствительности к групповым процессам обеспечивается через переживание участниками многогранного группового опыта.

**Телемедицина** – передача важной медицинской информации посредством разнообразных передающих устройств на большие расстояния. Различают два основных направления.

Применение передачи медицинской информации в рамках банков данных и информационных служб различного предназначения, базирующихся на самых современных коммуникационных технологиях. Такие службы обрабатывают и хранят огромное количество медицинской информации. Речь идет о системах передачи информации, которые способны получать, резюмировать, обменивать и передавать информацию. Такие системы связывают лечебные заведения, частнопрактикующих врачей, государственные отделы здравоохранения и страховые общества как в пределах региона, так и между странами.

Другое направление развития телемедицины – применение телемедицинских систем для диагностики, ее документации, медицинских заключений, обмена мнениями экспертов, вынесения заключений по количественным изменениям и оценке полученных

изображений как в национальных, так и в транснациональных масштабах.

**«Телефон доверия»** – учреждение (предприятие) социального обслуживания для оказания экстренной психологической помощи и эмоциональной поддержки по телефону, как правило анонимно, профессионалами психологами. «Телефоны доверия» находятся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, общественных объединений и др.

**Темперамент** – качество личности, предопределяющее характер динамики (стиль) деятельности. Выделяют четыре типа темперамента: меланхолик, сангвиник, флегматик, холерик.

**Теория перцептивных действий** А. В. Запорожца и В. П. Зинченко – теория, состоящая в обосновании положения о решающем значении для перцептивного развития ребенка формирования перцептивных действий в ходе предметно-практической деятельности. При этом важную роль играют движения руки, обследующей предмет, или глаза, прослеживающего контур изображения. Ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка в процессе восприятия, имеющего действенный и операционный характер в раннем и дошкольном возрасте, представляет ту основу, на которой складываются перцептивные действия. В онтогенезе наблюдается смена способа восприятия, его двигательные компоненты постепенно сокращаются и происходит интериоризация перцептивных действий.

**Теория профессиональных интересов Роу** – психоаналитическая модель развития интересов, в которой выделяется два основных фактора:

- ориентация индивида на теоретическую или практическую работу и, соответственно, на высокий или низкий уровень образования;
- ориентация индивида или на людей, или не на людей, что обусловлено опытом удовлетворения или фрустрации потребностей ребенка (в зависимости от климата в семье).

Определяющими в процессе генезиса интересов признаются, во-первых, потребность ребенка в человеческом тепле, и, во-вторых, его защитные реакции на чрезмерный контроль со стороны взрослых или другие формы самоутверждения. Всего выделяется 6 типов стратегий воспитания: любящая, попустительская, малозаботливая, враждебная, сверхтребовательная, сверхопекающая. При теплой семейной атмосфере формируется ориентация на людей, при враждебной – не на

людей. Но при реакции защиты ребенка от излишнего контроля родителей возможно формирование у него компенсаторной ориентации. В частности утверждается, что выбор сферы науки вероятен при защите ребенка от холодности и от сверхконтроля родителей. На основе этой модели Роу дает классификацию профессий:

- услуги (психиатр, терапевт, парикмахер, официант),
- контакты в учреждении (консультант, продавец, уличный торговец),
- офисная работа (министр, ревизор, кассир, курьер),
- технологии (изобретатель, офицер корабля, летчик, электрик, водопроводчик),
- работа на открытом воздухе (инженер-агроном, геолог, фермер, лесник, садовник, лесоруб),
- наука (исследователь, фармацевт, лаборант),
- работа с общественностью (оратор, учитель, юрист),
- искусство (художник, декоратор, ювелир).

**Теория семейного стресса** основана на подходе семейных систем, а также на представлении о том, что стресс является главным фактором в жизни семей, в которых есть дети с инвалидностью, в отличие от семей без детей с инвалидностью. Детская инвалидность рассматривается как главный фактор стресса, который затрагивает функционирование всей семьи. Если существует баланс между потребностями и ресурсами семьи, то более вероятно, что это приведет к успешной адаптации семьи. Полезные ресурсы для семей, в которых есть дети-инвалиды, включают социо-экономические и материальные аспекты, личные индивидуальные качества, среди которых сильный характер матери, способность решать проблемы, факторы семейного функционирования, а именно коммуникация, гибкость и сплоченность, ощутимые формальные и неформальные виды социальной поддержки.

**Теория социального научения Роттера** – поведенческая теория личности, в качестве исходных выступают идеи А. Адлера о важности социальных факторов и Э. Толмена об ожиданиях. В теории социального научения человек предстает как классифицирующее существо. Все предметы окружающего мира могут быть расклассифицированы на основе воспринимаемых причин получения подкрепления. Если подкрепление воспринимается как не в полной мере обусловленное собственными действиями, то оно видится как обусловленное счастьем, случаем, судьбой или другими и в большой степени непредсказуемыми из-за чрезмерной сложности событиями.



- Первый концепт –  $BP_{x, s1, ra} = f\{E_{x, s1, ra} \& RV_{a, s1}\}$  или  $BP = E * RV$  – т. е. вероятность реализации (BP) поведения (x) в ситуации (s1) при наличии подкрепления (ra) (поведенческий потенциал) есть функция от произведения антиципации (ra) (субъективное ожидание) подкрепления в ситуации (s1) в результате действия (x) на субъективную ценность (a) в ситуации (s1). Только одна поведенческая альтернатива, одна ситуация действия, одно подкрепление. BP – вероятность поведения, имеется в виду не только внешнее поведение, но и когнитивная активность, планирование, а также использование механизмов психологической защиты. E – ожидания; могут согласовываться с объективной реальностью, а могут не согласовываться (если человек считает себя неумелым в общении, то поведение (P) установления знакомства будет минимизироваться):  $\max = 1, \min = 0$ . E и RV – независимы. RV – шесть потребностных классов (признание социального статуса, доминантность, независимость, защищенность, любовь, физическое благополучие).
- Второй концепт –  $E_{s1} = f\{E_{s1} \& (GE/N_{s1})\}$  или  $E = E' + GE$  – т. е. субъективное ожидание в ситуации (s1) (ситуационно-специфическое) есть функция от прошлых опытов индивида в ситуации (s1) и генерализованных ожиданий, накопленных в других ситуациях, деленных на число этих опытов. Генерализованные ожидания наиболее значимы в новых или многозначных ситуациях. Генерализация может происходить по схожести как подкрепления, так и стратегий решения. GE – генерализованные ожидания (перенос из ситуации общения на ситуацию сдачи экзамена по физике).
- Третий концепт –  $RV_{a, s1} = f\{E_{ra}, \dots E_{r(b-n)} \& RV_{(b-n), s1}\}$  E ra – ожидание, что подкрепление (a) в ситуации (s1) функционально связано с подкреплениями от b до n. RV (b-n) – субъективная цена подкрепления от b до n. Минимальный уровень цели – объективно положительный результат может

иметь негативную цену подкрепления, если он ниже минимального уровня цели.

- Четвертый концепт – s1 – психологическая ситуация (восприятие ситуации и окружающего мира).

Достичь удовлетворительных результатов в одних ситуациях легче, чем в других.

**Теория формирования перцептивных действий** (от греч. *theoria* – исследование, лат. *formare* – образовывать и *perceptio* – восприятие) – концепция, в которой восприятие трактуется как овладение все более сложными видами перцептивных действий, основанных на сопоставлении свойств воспринимаемых объектов с системами сенсорных эталонов, которыми ребенок овладевает в детстве. Первоначально происходит овладение внешнедвигательными формами обследования объектов на основе материальных эталонов, затем (после интериоризации) образуются собственно перцептивные действия, состоящие из все более свернутых движений воспринимающих органов, при этом материальные эталоны сменяются эталонными представлениями.

**Терапевтическая метафора** – в самых общих чертах это перенесение одного объекта на другой по принципу сходства или контраста, задача метафоры – вскрыть смысл описываемого предмета, что она делает, характеризуя словом, принадлежащим одному классу, явление или слово, принадлежащее другому классу. Хотя метафора сравнивает одно с другим, взаимно обогащая оба явления новым смыслом, она отличается от сравнения тем, что в ней не сохраняется понятийная структура классификации. Это, по сути дела, наиболее удобная форма для передачи пациенту терапевтического сообщения. С точки зрения эриксоновского подхода, чтение метафор есть работа с трансовым состоянием сознания, когда фокус внимания предельно сужен и отрешен от обычного повседневного сознания, это высокое мотивирование для коррекции и обучения состояние. При работе с метафорой необходимо помнить золотое правило: «Если хочешь, чтобы метафора не сработала, поясни пациенту ее содержание».

**Терапевтическая среда** – под термином «терапевтическая среда» понимают все то, что окружает больного в стационарном учреждении – вещи, люди (медицинские и социальные работники, родственники, пациенты учреждения), процессы, события.

Необходимо все окружение пациента организовать таким образом, чтобы оно как можно больше приближалось к естественному, предоставляло максимум свободы, стимулировало адаптационные возможности больного и формирование

ответственности за свое социальное поведение. Чем активнее средовое терапевтическое воздействие, тем более ощутим его эффект.

Методические приемы терапии средой следующие:

- расселение с учетом характерологических особенностей пожилых людей, больных и инвалидов;
- группировка проживающих для формирования (восстановления) социальных навыков;
- создание микросоциальных групп для трудовой занятости;
- подбор содержательного, развивающего и развлекательного досуга.

Среди мероприятий социализирующего плана, которые входят в понятие «терапия средой», выделяют две группы:

- организованные работниками учреждений (например домов-интернатов или больниц), не требующие какого-либо проявления активности пациентов: кино, концерты, лекции, просмотр телепередач, встречи с родственниками;
- мероприятия по активному вовлечению проживающих в учреждении в общественнополезную деятельность: участие в самоуправлении, в общественных советах; дежурства в столовой, на этаже, в жилых комнатах, шефство над ослабленными больными, участие в неформальных и терапевтических группах, трудотерапия и др.

Важным звеном в организации терапии средой является установление дружеской атмосферы среди проживающих, формирование партнерских отношений между персоналом и пациентами, что не только способствует установлению благоприятного психологического климата в учреждении, но и повышению социального и личностного статуса больных или инвалидов.

**Терапия авторитета** (от греч. *therapeia* – лечение и лат. *auctoritas* – власть, влияние) – форма психотерапии, характеризующаяся установлением между пациентом и психотерапевтом субординации, в которой психотерапевт берет на себя роль «отцовского авторитета», а больной – обязательства беспрекословного подчинения.

**Терапия воспоминаниями** – процедура лечения, первоначально используемая для пожилых людей, особенно в экзистенциальной

терапии и логотерапии, когда клиент вспоминает и описывает жизненные события в индивидуальной беседе со специалистом или в группе. Чтобы рассказать о себе, клиент должен осмыслить свое прошлое и оценить значимость жизни.

**Терапия занятостью** – метод социальной реабилитации с использованием целенаправленной деятельности для восстановления наиболее высоко доступного уровня независимости индивида с ограниченными возможностями (см. **Оккупациональная терапия**).

Терапия занятостью меньше ориентирована на восстановление нарушенных функций. В первую очередь она основана на приобщении инвалидов и пожилых людей к общественно полезному труду и представлена тремя основными формами:

- занятия по способностям (музыка, изобразительное искусство, литература);
- занятия прикладного характера (рукоделие, домоводство, фотография и др.);
- участие в коллективных мероприятиях развлекательно-познавательного характера (вечера танцев, экскурсии, тематические вечера).

**Терапия творческим самовыражением** – метод реабилитации длительно болеющих людей и инвалидов. Метод направлен на обучение приемам целебного творческого самовыражения с осознанием ценности своей жизни.

Основными приемами этого метода являются:

- создание творческих произведений (сочинение рассказов, рисование, фотографирование, вышивание и др.) на уровне возможностей больного или инвалида с целью выражения особенностей его личности;
- творческое общение с природой, в процессе которого клиент должен стараться почувствовать, осознать, что именно из окружающего ему особенно выделяется, положительно влияет на его эмоциональное состояние;
- творческое общение с литературой, искусством, наукой (речь идет об осознанных поисках среди различных произведений культуры близкого, созвучного больному);
- коллекционирование произведений искусств, интересных предметов;

- обучение творческому поиску одухотворенности в повседневном, необычного в обычном.

**Терренкур (дозированная ходьба)** – дозированная физическая нагрузка в виде ходьбы, регламентированная по продолжительности, темпу, расстоянию и типу местности. Терренкур используется как метод лечебной физкультуры, физической тренировки и функционального исследования.

**Тесты психологические** – стандартизированные задания, используемые для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей личности. Психологические тесты представляют собой набор заданий, по результатам выполнения которых вычисляется количественная оценка той или иной индивидуально-психологической характеристики (коэффициент интеллекта). Качественная сторона решения (стратегия мыслительной деятельности и т. п.), как правило, с помощью психологических тестов не выявляется. Результаты тестирования зависят от ряда факторов, и в первую очередь – от усвоенного опыта, знаний и умений.

**Тета-ритм** – биоритмы головного мозга с частотой колебания 4-8 Гц и амплитудой 10-200 мкВ. Тета-ритм низкой амплитуды (25-35 мкВ) входит как компонента в нормальную энцефалограмму. Познавательная активность приводит к увеличению мощности и пространственной синхронизации тета-волн. Если же в состоянии бодрствования наблюдаются пароксизмальные и асимметричные тета-волны, это может свидетельствовать о патологии. У детей с относительно более выраженным тета-ритмом повышена вероятность проявления черт неуравновешенности и агрессивности, что свидетельствует о затруднении социальной адаптации.

**Тетраплегия (тетрапарез)** – паралич (парез) мышц обеих верхних и нижних конечностей.

**Техника** – совокупность процедур, приемов и навыков в некоем виде деятельности.

**Технические средства обучения (ТСО)** – приборы и устройства, служащие для усовершенствования педагогического процесса, повышения эффективности и качества обучения. В дефектологической практике особое значение имеют приборы, специально созданные для коррекции зрительных и слуховых дефектов.

**Технические средства реабилитации (ТСР)** – совокупность специальных устройств и приспособлений, позволяющих осуществлять не только замещение анатомических и функциональных дефектов организма, но и способствовать активному приспособлению

инвалида к окружающей действительности путем компенсации, ослабления или устранения стойких ограничений жизнедеятельности. Выделяют следующие виды технических средств реабилитации:

- протезно-ортопедические изделия;
- специальные средства передвижения;
- средства бытовой механизации и самообслуживания;
- средства для ориентирования, общения и обмена информацией;
- специальные средства для обучения, образования и занятия трудовой деятельностью;
- реабилитационное оборудование;
- технические средства для игры;
- технические средства для занятия спортом;
- архитектурно-планировочные устройства и приспособления.

**Технология (в комплексной реабилитации)** – совокупность организационных форм, методов и средств, обеспечивающих комплексную реабилитацию инвалидов на оптимальном уровне с учетом специфики заболевания, степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза и потребностей контингента, а также реабилитационных возможностей территорий в соответствии с действующими реабилитационными стандартами. Реабилитационные технологии можно выстроить в виде следующих элементов:

- комплексы задач, решаемых в ходе ее выполнения и определяющих специфику выполняемых действий;
- набор методов и приемов, необходимых для решения данных задач;
- используемые материалы, инструменты, оборудование;
- стандарты профессионального поведения специалиста, рекомендуемые для достижения успешного результата.

Основные требования, предъявляемые к технологии:

- соблюдение принципа управляемости, что дает возможность специалисту целенаправленно осуществлять управление процессом (поэтапно диагностировать, варьировать средствами и методами воздействия, придерживаться намеченного плана

- действий, определять приоритеты на каждом этапе и т. д.);
- соответствие требованию воспроизводимости, подразумевающему возможность неоднократного ее применения, повторения в других учреждениях и организациях;
  - определение критериев медико-социальной и психологической эффективности работы в рамках технологии, которые должны гарантировать достижение определенных стандартов, заложенных в программы реабилитации;
  - соблюдение принципа системности как особого качества определенным образом организованных компонентов технологии, ее многофакторности.

**Тик** – непроизвольные короткие, быстрые, внезапные, стереотипные неритмичные клонические сокращения мышц, варьирующие по частоте и выраженности, усиливаются во время негативных переживаний и нередко исчезают во время сосредоточенной работы. Чаще это функционально обусловленный гиперкинез, возникающий в результате соматической астенизации после перенесенных заболеваний либо вследствие психических травм, реже – проявление органического поражения подкорковых структур головного мозга или периферических двигательных нервов. Различают общие и локализованные тики. Общий тик протекает как распространенный гиперкинез. К локализованным тикам относятся тики мышц лица, шеи, рук и ног. Тики различной локализации могут сопровождаться вздохами, вскрикиваниями, покашливанием, чиханием, икотой; иногда слышатся звуки, напоминающие мычание, рычание или лай; к тикам относят также некоторые формы заикания.

**Типичные задачи реабилитации** – в каждом конкретном случае определяются свои задачи реабилитационной работы, они ставятся с учетом диагноза, реабилитационного потенциала инвалида и его ближайшего окружения. При соответствующем возрасте, диагнозе и других критериях имеют место свои наиболее типичные задачи реабилитации, которые дополняются и корректируются в результате индивидуально-личностных особенностей инвалида. Для примера можно привести следующие типичные задачи.

Типичные задачи реабилитации ребенка-инвалида при спастических формах ДЦП:

- достижение максимально возможного расслабления мышц;

- пробуждение и поддержание активности на протяжении всего времени выполнения упражнений;
- достижение симметричного положения тела в любых позах;
- обучение выпрямлению и сгибанию локтевых, лучезапястных и коленных суставов, разведение тазобедренных суставов;
- обучение удерживанию различных предметов и манипулирование с ними;
- обучение осознанной коррекции стопы;
- обучение различению правой и левой сторон тела;
- профилактика контрактур.

Типичные задачи реабилитации ребенка-инвалида при атетозе:

- достижение максимально возможного состояния покоя до и после каждого упражнения;
- формирование правильной координации во времени и пространстве;
- обучение умению одновременно выполнять синхронные движения симметричными частями тела;
- относительно длительное и устойчивое удержание достигнутой позы;
- обучение физиологическому ритму дыхания;
- профилактика контрактур.

Типичные задачи реабилитации детей-инвалидов при атаксии:

- достижение максимально возможной концентрации внимания;
- обучение различным способам аудиомоторной и видеомоторной координации;
- обучение целенаправленным движениям;
- сочетание двигательных упражнений с развитием умственных способностей.

Типичные задачи реабилитации детей-инвалидов при спинномозговой грыже:

- развитие способностей формирования позы и ее смены;
- обучение маховыми движениями с большой амплитудой;
- развитие видеомоторной координации;
- предупреждение спонтанных переломов;
- профилактика контрактур.



**Типовая реабилитационная программа для детей с поражением нервной системы** может включать абилитационные (см. **Абилитация**) программы, направленные на развитие неразвитых у ребенка функций, и реабилитационные (см. **Реабилитация**) программы, заключающиеся в восстановлении утраченных в результате заболеваний функций. Состоит из следующих направлений:

- медицинской реабилитации (средства лечения: кинезотерапия, ЛФК, массаж, электрофизиолечение, психотерапия, медикаментозная терапия и пр.);
- программы бытового приспособления, направленные на развитие навыков самообслуживания: принятия пищи, одевания, соблюдение гигиенических процедур и пр.; в ряде случаев требуется специальная подготовка и обучение пользованию специальными и вспомогательными средствами;
- рекреационной программы, включающей домашние, ролевые, развивающие игры, игры на свежем воздухе с использованием соответствующего оборудования; цель программы – дать ребенку-инвалиду возможность для осуществления полноценных развлечений, улучшить социальные навыки;
- программы профессиональной подготовки, состоящей из предпрофессиональной подготовки по выполнению основных трудовых навыков, профессиональной ориентации с учетом возможностей развития интеллектуальных и моторных функций;
- программа коррекции речи и слуха: оценка развития этих функций, логопедическая работа, развитие способности к вербальному общению, тренировка слуха, применение слуховых аппаратов; цель программы – терапия дефектов речи и слуха, развитие способности к общению;
- психологической программы: оценки уровня интеллекта, личностного развития и общих способностей; консультирования по личностным и эмоциональным проблемам; психотерапии; диагностики нарушений способности к обучению; участия в планировании и проведении образовательных и профессиональных программ;

консультирования родителей; цель – определить способности и потребности ребенка-инвалида и помочь в решении индивидуальных психологических проблем;

- программы социальной помощи, включающие изучение домашнего окружения инвалида, его семейных взаимоотношений, организацию доступных инвалиду программ реабилитации, организацию использования ресурса семьи; цель – усилить вовлеченность семьи инвалида в реабилитационный процесс, помощь в решении практических и личностных проблем;
- образовательной и тренировочной программы, состоящей из развивающих мероприятий; цель – сведение до минимума нарушения обучения, развитие социальных и интеллектуальных умений и навыков.

К разработке плана реабилитационных мероприятий предъявляются следующие требования:

- реабилитационные мероприятия должны начинаться как можно раньше;
- должны осуществляться непрерывно, последовательно и преемственно;
- их выполнение должно быть комплексным с участием медицинских работников, психологов, педагогов, юристов и т. д.;
- при составлении плана необходимо учитывать индивидуальные особенности личности реабилитируемого и характера течения у него патологического процесса, включая психосоциальные, биологические и семейно-бытовые особенности.

**Типы учреждений социального обслуживания** – в зависимости от условий, в которых предоставляются социальные услуги населению, в соответствии с Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 52498-2005, введенным в действие с 1 января 2007 г., учреждения социального обслуживания подразделяют на следующие типы:

- **Стационарные учреждения социального обслуживания** – учреждения (отделения учреждений), осуществляющие социальное обслуживание граждан (взрослых или детей) в стационарных условиях, то есть в

условиях постоянного (сроком свыше 6 месяцев) или временного (сроком до 6 месяцев) проживания их в учреждении. Услуги предоставляются всем гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном уходе. Им обеспечивается создание соответствующих условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание и уход, а также организация посильной трудовой деятельности, отдыха, досуга и образования по специальным образовательным программам.

- **Полустационарные учреждения социального обслуживания** – учреждения или отделения, обеспечивающие предоставление социальных услуг гражданам в течение определенного времени суток, то есть в условиях дневного или ночного пребывания в учреждении (отделении).
- **Нестационарные учреждения социального обслуживания** – учреждения или отделения, которые обеспечивают предоставление социальных услуг гражданам без их проживания в указанном учреждении (отделении).
- **Учреждения социального обслуживания на дому** – учреждения (отделения), обеспечивающие предоставление социальных услуг гражданам по месту их проживания.
- **Учреждения срочного социального обслуживания** – это учреждения (отделения), которые обеспечивают предоставление социальных услуг разового характера гражданам, остро нуждающимся в социальной поддержке.
- **Учреждения срочной социально-консультативной помощи** – учреждения (отделения), оказывающие гражданам социально-консультативную помощь, направленную на их адаптацию в обществе, создание благоприятных отношений в семье, обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства.
- **Комплексные учреждения социального обслуживания** – это учреждения, которые обеспечивают

предоставление социальных услуг гражданам в стационарных, полустационарных и надомных условиях.

**Тифлографика** – отрасль графики, занимающаяся построением, преобразованием и изготовлением учебно-наглядных пособий для обучения слепых детей рельефному рисованию, черчению и другим учебным предметам.

**Тифлопедагогика** – отрасль дефектологии, разрабатывающая проблемы воспитания и обучения лиц с глубокими нарушениями зрения (частично и слабовидящих, ослепших, слепых от рождения).

**Тифлотехника** – отрасль приборостроения, занимающаяся конструированием и производством тифлотехнических средств (тифлоприборов), предназначенных для коррекции и компенсации нарушенных зрительных функций, а также для развития и восстановления зрения.

**Толерантность** – отсутствие или ослабление реагирования на некий неблагоприятный фактор в результате снижения чувствительности к его воздействию. Например, толерантность к тревоге проявляется в повышении порога эмоционального реагирования на угрожающую ситуацию, а внешне – в выдержке, самообладании, способности длительно выносить неблагоприятные воздействия без снижения адаптивных возможностей. В реабилитации и в практике социальной работы понимается как один из руководящих принципов социальной работы, утверждающий терпимое отношение к проявлениям непохожести во внешнем виде, поведении, ценностных ориентация других людей.

**Томография компьютерная** – метод рентгенологического исследования, основанный на получении послойного рентгеновского изображения с помощью компьютера. Просвечивание рентгеновским лучом тела пациента осуществляется вокруг его продольной оси, благодаря чему получают поперечные «срезы». Изображение обеспечивается путем математической обработки множества рентгеновских изображений одного и того же слоя, сделанных под разными углами. Высокая разрешающая способность позволяет дифференцировать структуры почти одинаковой плоскости без дополнительного контрастирования. Применяется при исследовании практически всех областей тела человека.

**Томография рентгеновская** – метод рентгенологического исследования, позволяющий получать рентгеновские снимки отдельных слоев изучаемой области; производят с помощью томографа. В основе метода лежит синхронное перемещение в пространстве рентгеновской трубки и кассеты с рентгеновской

пленкой. В связи с их движением большинство деталей, отображающих исследуемую область, становятся нечеткими, как бы размываются, и четко видны только детали, находящиеся в плоскости оси движения трубки и кассеты. Томография дополняет результаты обычной рентгенографии, позволяя выявлять существенные детали, не определяющиеся на рентгенограммах из-за суммарного отображения на плоскостном снимке всей толщи исследуемой области.

**Тонический** – термин, относящийся к характеристике тонуса мышц.

**Тонус** (от греч. *tonus* – напряжение) – постоянная активность нервных центров, некоторых тканей и органов, обеспечивающая их готовность к действию.

**Торможение** – нервный процесс, направленный на ослабление или полное торможение определенной деятельности организма; действие связано с уменьшением и подавлением условно-рефлекторной активности и приводит к задержке деятельности нервных центров и рабочих органов; может быть глобальным и распространяться на многие нервные структуры или строго локальным. Возникает в результате деятельности особых тормозных структур или как следствие предварительного возбуждения клетки. Среди отделов мозга, специализирующихся преимущественно на торможении других структур, выделяют переднюю таламокортикальную тормозную систему, тормозящие отделы ретикулярной нижней части мозгового ствола, хвостатое ядро.

- **Безусловное (запредельное) торможение** – разновидность коркового торможения, наступает без предварительной выработки. Включает в себя индукционное (внешнее) торможение – экстренное прекращение условно-рефлекторной деятельности при воздействии посторонних стимулов; обеспечивает ориентировочную реакцию на неожиданно возникший раздражитель. Другим компонентом является охранительное (запредельное) торможение, возникает при действии стимулов, возбуждающих соответствующие корковые структуры выше им присущего предела работоспособности, обеспечивая тем самым возможность ее сохранения или восстановления.
- **Условное торможение** – наблюдается при угасании условных рефлексов, а также их дифференциации при образовании запаздывающих и следовых условных рефлексов.

**Торможение проактивное (прогрессивное торможение)** – интегральный нервный процесс, замедляющий научение; затормаживание запоминания под влиянием предшествующей деятельности, тем больше, чем более схож новый материал с изученным ранее. Термин введен М. Фуко на основе понятия внутреннего (условного) торможения И. П. Павлова.

**Торможение ретроактивное (регрессивное торможение)** – негативное влияние деятельности, шедшей вслед заучиванию, на последующее воспроизведение заученной информации; обусловлено интегральными нервными процессами. В качестве механизма торможения выступает запредельное торможение или отрицательная индукция нервных процессов. Сила торможения возрастает:

- при высокой степени сходства между материалами для заучивания и содержанием затормаживающей запоминание деятельности;
- при значительной «интересности» данной деятельности;
- при ее эмоциональной насыщенности;
- при повышенных требованиях к энергозатратам при ее выполнении.

**Торсионная дистония** – см. Гиперкинез.

**Торсионный спазм** – см. Гиперкинез.

**Точки акупунктуры** – ограниченный, площадью от 1 до 10 мм<sup>2</sup>, участок кожи с большой площадью нервных окончаний (рецепторов), обладающих рядом характерных морфологических, биофизических и биохимических особенностей. Например, установлено, что по сравнению с соседними участками кожи в точках акупунктуры отмечаются низкое сопротивление постоянному электрическому току, высокие электрический потенциал и температура. Для тканей в области точек акупунктуры характерны усиленное кровообращение и лимфоотток, более активное поглощение кислорода, повышенное содержание ацетилхолина, местный лейкоцитоз, повышенная чувствительность к давлению и другие особенности. Показано, что уже через 5 минут после раздражения точки акупунктуры изменяется количество лейкоцитов в крови и наблюдается перестройка внутриклеточного обмена веществ. Насчитывается более 700 точек акупунктуры, которые неравномерно располагаются на поверхности тела; наибольшее их скопление отмечается в области головы и дистальных отделов конечностей.

**Травма (повреждение)** – воздействие на организм внешних агентов (механических, термических, электрических, лучевых,

психических и др.), вызывающих в органах и тканях нарушения анатомии, физиологических функций; сопровождается местной и общей реакцией пострадавшего организма. Различают травмы производственного характера (кроме умышленных и родовых), травмы производственного характера (промышленные, сельскохозяйственные), травмы умышленные (военные и др.).

**Требования к выполнению упражнений (в кондуктивной педагогике)** – к выполнению упражнений для восстановления двигательной активности в кондуктивной педагогике предъявляются следующие требования [Е. Т. Лильин, 1997]:

- упражнение должно быть выполнимо; как только ребенок понимает, что он не в состоянии справиться с задачей, он теряет к упражнению всякий интерес и, вдобавок, приобретает уверенность, что оно вовсе невыполнимо;
- при возникновении трудности в выполнении упражнения его необходимо разложить на элементы и предложить ребенку выполнить их поочередно, облегчив тем самым первоначальную задачу;
- чрезвычайно важно не количество, а правильность выполнения упражнения;
- упражнения необходимо проводить с использованием специального оборудования;
- упражнение не должно надоедать, для чего необходимы постоянная смена тренажеров, вариация их не только еженедельно, но и ежедневно; постоянная повторяемость упражнений в дневной период; смена ритма и режима подачи упражнения изо дня в день;
- включение в тренировочные задания определенных приемов по самообслуживанию;
- включение различных упражнений во время прогулки, максимально использовать прогулку для выполнения упражнений на развитие двигательной активности;
- постоянная, целенаправленная работа с мелкой моторикой рук и челюстно-лицевой областью.

**Требования к психологической диагностике (детей с отклонениями в интеллектуальном развитии)** – чтобы добиться в процессе тестирования оптимальных результатов, необходимо учитывать следующие требования:

- короткие занятия значительно эффективнее длинных, так как последние могут утомить ребенка и помешать ему раскрыть свой потенциал;
- чередование различных видов деятельности (рисование, конструирование, двигательная активность, прослушивание аудиозаписей) позволяет избежать пресыщения и потерю интереса ребенка к тестированию;
- каждый этап тестирования должен заканчиваться положительной оценкой; ощущение успеха вызывает у ребенка желание сотрудничать;
- трудные задания должны чередоваться с легкими, это вселяет в ребенка уверенность в своих силах, так как успешное выполнение последующих простых заданий нивелирует негативные эмоции после возможных отрицательных результатов сложных заданий;
- некоторые виды тестирования легче осуществлять, когда ребенок сидит за столом, другие – когда он играет или гуляет, поэтому следует менять место проведения исследований;
- изучение игровых и бытовых навыков лучше всего осуществлять в привычной для ребенка обстановке;
- при тестировании не следует проявлять излишней настойчивости, а проявить гибкость (изменить план тестирования при затруднениях ребенка или слишком большой легкости выполнения им задания, при утомлении и пр.).

**Тревога** – отрицательные эмоциональные переживания, обусловленные ожиданием чего-то опасного, беспокойство, волнение, ощущение угрозы. В отличие от страха как реакции на конкретную угрозу представляет собой генерализованный, диффузный или беспредметный страх. На физиологическом уровне фиксируются учащение дыхания, усиление сердцебиения, увеличение кровотока, повышение артериального давления, возрастание общей возбудимости, снижение порога восприятия.

Функционально не только предупреждает о возможной опасности, но и снижает последствия психологической травмы в случае ее наступления; побуждает к поиску и конкретизации опасности, активному исследованию действительности с целью определить источники опасности. Может также проявляться в ощущении беспомощности, бессилия перед внешними факторами, в



виде преувеличения их могущества и угрожающего характера, наблюдается общая дезорганизация деятельности, нарушается ее направленность и продуктивность. Может выступать как механизм развития неврозов и формируется на основе внутренних противоречий в развитии и становлении психики.

**Тревожность (готовность к страху)** – склонность к возникновению состояния тревоги, неуверенность в себе, опасения, страхи; ощущение тяжести, эмоционального напряжения и чувства надвигающейся опасности; состояние повышения сенсорного внимания и моторного напряжения в ситуации возможной опасности. Появление подобного ощущения у человека при отсутствии конкретной угрозы в окружении называется плавающей тревожностью. Ее частое возникновение, особенно в пожилом возрасте, мешает нормальной жизни и устраняет чувство благополучия, является проявлением неприспособленности. Обычно повышенная тревожность встречается:

- при нервно-психических и тяжелых соматических заболеваниях;
- у здоровых людей, переживающих последствия психологической травмы;
- у людей с отклоняющимся поведением.

Различают ситуативную тревожность, связанную с конкретной внешней ситуацией и характеризующую индивида в текущий момент, и личностную тревожность как стабильное свойство личности, повышенную склонность испытывать тревогу из-за реальной или воображаемой опасности.

**Тревожный гиперконтроль** – стремление все время контролировать себя; мешает выполнению автоматизированных действий.

**Тремор** (от лат. tremor – дрожание) – произвольные быстрые (с частотой около 10 Гц) ритмические колебательные движения конечностей или туловища, вызванные мышечными сокращениями и связанные с временной задержкой корректирующей афферентной импульсации, в силу чего реализация движения и сохранение позы происходит за счет постоянной подстройки движений к какому-то среднему значению; заметно усиливается при утомлении и сильных эмоциях, а также при патологии нервной системы.

- **Тремор физиологический** постоянно сопровождает произвольные движения и поддержание статической позы тела; его амплитуда и частота в норме зависит от

направления движений и мышечных усилий; усиливается при утомлении и переживании сильных эмоций.

- **Тремор патологический** возникает при хронических отравлениях (например при алкоголизме) и некоторых других нервных и психических заболеваниях; чаще встречается тремор пальцев рук, кистей, головы, век.

**Тренажер** – техническое средство обучения, обеспечивающее контроль за качеством деятельности обучаемого. Существуют несколько критериев для их классификации: тренажеры широкого назначения; тренажеры для обучения конкретным специальностям (штурманов, связистов, операторов компьютера и пр.); тренажеры для совершенствования профессиональных действий; тренажеры для развития профессионально важных психофизиологических качеств (тренажеры скорости реакции выбора, внимания, оперативной памяти и пр.).

**Тренинг ассертивности** – групповая работа, направленная на повышение уверенности, настойчивости, напористости, способности утверждать себя (ассертивности); применяется для снятия тревоги и неуверенности в социальных ситуациях. Тренер моделирует адекватное ассертивное поведение и просит клиента воспроизвести его, при этом внимание уделяется формированию как вербальных так и невербальных характеристик поведения, для снятия возможных негативных эмоций во время проведения упражнения предварительно осуществляется перестройка убеждений и релаксация. Более разнообразная обратная связь обеспечивается при проведении групповых занятий. Занятия обычно проводятся в малых группах с использованием моделирования соответствующих стандартных ситуаций, с применением ролевых игр, многократным повторением и закреплением эффективных форм поведения, положительным подкреплением со стороны ведущего и других участников группы; для закрепления данного поведения в качестве «домашнего задания» поступок должен быть совершен в реальной жизни.

**Тренинг разрешения проблем** обучает серии шагов по направлению к решению проблемы или принятию решения. Он включает моделирование и практикование со специфичной обратной связью, подкреплением и вариантом формирования: клиенты обучаются выполнять каждую стадию процесса отдельно, а затем соединяют их в одну устойчивую последовательность (например согласие работать над определенной проблемой, составление списка возможных решений, отсеивание явно непригодных вариантов, выбор окончательного варианта, согласование деталей выполнения).

**Тренинг социально-психологический** – область практической психологии, ориентированная на использование активных методов групповой психологической работы с целью развития компетентности в общении; базовые методы – групповая дискуссия и ролевая игра в различных сочетаниях и модификациях. Общая цель тренинга конкретизируется в следующих задачах:

- овладение психологическими знаниями;
- формирование умений и навыков в сфере общения;
- коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения;
- развитие способностей адекватного и полного познания себя и других людей;
- развитие и коррекция системы отношений личности.

**Тренинг социальных навыков** – групповая работа, направленная на повышение социальной компетентности больных в повседневной жизни, конкретизируется в тех или иных сферах (домашнее хозяйство, работа, свободное время и т. д.); к основным видам жизненных умений, которым обучаются в группе, относятся управление эмоциями, планирование ближайшего и отдаленного будущего, принятие решений, родительские функции, коммуникативные способности, уверенное поведение. В реабилитации строится с учетом сниженной способности пациентов к социальному научению вследствие ограничений жизнедеятельности, поэтому особое требование предъявляется к структурированности программ и ступенчатости в усложнении материала.

**Третий возраст** – обозначение для лиц старше принятого пенсионного возраста. Иногда употребляется для людей 65 лет и старше.

**Трисомия-21** – см. Дауна болезнь.

**Трофика** (от греч. τροφή – питание) – совокупность процессов поступления питательных веществ и кислорода к клеткам органов и тканей и удаления конечных продуктов их жизнедеятельности; обеспечивает поддержание постоянства внутренней среды организма.

**Труд** – целесообразная деятельность человека, направленная на сохранение, возмещение, приспособление среды обитания для удовлетворения своих потребностей на производство товаров и услуг. Систематический труд, сознание общественной полезности, профессиональные знания и опыт – важнейшие моральные и материальные стимулы для человека. Для лиц с ограниченными возможностями труд приобретает свои специфические особенности: с одной стороны, в результате ломки сложившихся трудовых

стереотипов происходит усугубление ограничений жизнедеятельности, с другой – труд, при правильном его подборе, не только позволяет удовлетворить моральные и материальные потребности, но и является мощным лечебным фактором, позволяющим восстановить многие нарушенные функции.

**Трудная жизненная ситуация** – ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье и т. п.), которую он не может преодолеть самостоятельно.

Основными феноменологическими показателями, характеризующими трудную жизненную ситуацию [Е. А. Петрова; 2004] считаются:

- новая система требований к субъекту, выходящая за рамки текущей социализации, необходимость его адаптации к ситуации и, по сути, ситуативной ресоциализации;
- неадекватность алгоритмов привычного социального поведения;
- нарушения текущей деятельности (трудовой, учебной и пр.);
- размыкание круга привычного общения;
- стрессовое воздействие на организм и психику в целом.

**Трудовой потенциал** – совокупность характеристик человека (внутренних), а также социально-средовых (внешних) факторов, позволяющих реализовать его потенциальные способности в труде. Трудовой потенциал отражает возможности человека при определенных условиях трудиться в соответствии с его способностями, возможностями, интересами, потребностями, образованием.

**Трудовой стереотип** – система устойчивых функциональных связей, формирующаяся в процессе овладения профессиональным мастерством и позволяющая эффективно, с наименьшими энергетическими и функциональными затратами организма выполнять свою профессиональную деятельность.

**Трудновоспитуемость** – та или иная степень неспособности или нежелания усваивать педагогические воздействия и адекватно на них реагировать.

**Труднообучаемость** – та или иная степень низкой обучаемости, связанная с недоразвитием учебно-воспитательной мотивации, умений и навыков обучаемого к учебному труду, низким уровнем субъективности и дисгармониями развития, вызванными биологическими, психолого-педагогическими и социокультурными причинами.

**Трудовая деятельность граждан пожилого возраста и инвалидов** – граждане пожилого возраста и инвалиды могут приниматься на работу, доступную им по состоянию здоровья, на условиях трудового договора. Гражданам пожилого возраста и инвалидам, работающим на условиях трудового договора, предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 30 календарных дней. Законодательством не установлены ограничения прав указанных граждан, связанных с их возрастом.

**Трудовая социальная среда** образуется трудовым коллективом со сложившимися в нем групповыми ценностями и нормами поведения на рабочем месте, межличностными отношениями, стилем руководства и лидерства.

**Трудовая терпия** – см. **Трудотерапия**.

**Трудовое увечье** – профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением трудовых обязанностей. Степень утраты профессиональной трудоспособности потерпевших вследствие трудового увечья определяется медико-социальной экспертной комиссией, которая должна также установить нуждаемость в дополнительных видах помощи.

**Трудовое устройство рациональное** – трудовое устройство на рабочее место, потенциально пригодное для инвалида по состоянию его здоровья, соответствующее мотивам личности, профессиональной подготовке в общественно необходимой профессии.

**Трудовой стаж** – продолжительность трудовой или иной общественно полезной деятельности гражданина, как оплачиваемой, так и неоплачиваемой, независимо от того, когда и где она протекала, если она порождает определенные правовые последствия (право на пенсию, пособие по временной нетрудоспособности и т. д.). Законодательство предусматривает несколько видов трудового стажа, с учетом которых предоставляются те или иные виды социального обеспечения:

- **общий трудовой стаж** – суммарная продолжительность трудовой или иной общественно полезной деятельности, которая не зависит от характера, продолжительности

работы и длительности перерывов и исчисляется по специальным правилам;

- **специальный трудовой стаж** – суммарная продолжительность трудовой или иной общественно полезной деятельности, которая протекала либо в особых условиях, либо в определенной местности, либо по определенной специальности (подземные работы, работы с вредными условиями труда, в горячих цехах, плавсоставе, в спасательных организациях и т. д.);
- **непрерывный трудовой стаж** – продолжительность непрерывной трудовой деятельности на одном предприятии (учреждении) или двух и более организациях, если при переходе с одного места работы на другое стаж не прерывался в соответствии с действовавшими в тот период правилами исчисления непрерывного трудового стажа.

**Трудоспособность** – способность к труду, зависящая от состояния здоровья работника. Различается:

- общая трудоспособность – способность к выполнению всякой работы;
- профессиональная трудоспособность – способность работать в определенной профессии, должности, в определенных условиях;
- неполная (ограниченная) трудоспособность – способность работать в облегченных (специально созданных) условиях.

**Трудотерапия** – система методов медицинской реабилитации по восстановлению различных нарушенных функций организма с использованием определенных видов трудовой деятельности, а также методы оказания помощи людям с физическими недостатками с целью научить их более умело обращаться со своим телом, а умственно неполноценных – преодолевать эмоциональные проблемы путем вовлечения их в специально организованную деятельность. По своей сути имеет не только медицинскую, но и ярко выраженную социальную направленность. Наиболее широко используется в психиатрии, неврологии, травматологии, а также при лечении ряда заболеваний хирургического и терапевтического профиля. Это структурированная деятельность, нацеленная на уменьшение напряжения и усиление веры в самого себя у пациентов, а также тренировка их взаимодействия с другими людьми, развитие и реабилитация их повседневных и профессиональных навыков.

Например, недавно ослепший человек может быть обучен выполнять работу по дому после прохождения практики под руководством инструктора на модели кухни. Большинство специалистов по трудотерапии работают в госпиталях, интернатах, школах, реабилитационных центрах. В различных странах в понятие «трудотерапия» вкладывается несколько разное значение – в Британии, например, его содержание более наполнено социальным смыслом, в Соединенных Штатах – медицинским. Не следует путать с терапией занятостью (иначе – оккупационной терапией) и социотерапией.

Различают трудотерапию общеукрепляющую (тонизирующую), восстановительную и профессиональную.

- **Восстановительная трудотерапия** применяется для активации сниженных функций двигательного аппарата и носит более целенаправленный характер нежели общеукрепляющая трудотерапия. Способствует укреплению мышц конечностей, восстановлению координации движений, выносливости к длительной статической и физической нагрузке. Проводится в адаптационный период реабилитации, когда происходит приспособление к новым условиям жизнедеятельности, восстанавливаются и компенсируются нарушенные функции. Включает тренировку пострадавших функций и использование заместительных функций при выполнении определенных операций, необходимых для жизнеобеспечения в быту или при выполнении трудовых процессов на производстве. Регулярно выполняемые физические упражнения в процессе труда способствуют развитию внимания, совершенствованию движений мелких групп мышц, повышению общего и эмоционального тонуса. При подборе трудовых операций инструктор по труду ориентируется на имеющиеся у больного функциональные дефекты и общую клиническую картину болезни. Инвалиды занимаются самообслуживанием, работой на участке, в кабинете социально-бытовой адаптации, в творческой мастерской.
- **Индустриальная трудовая терапия** – особая форма трудовой терапии, которая осуществляется на промышленных предприятиях посредством организации так называемых выездных бригад. Находясь в условиях индустриальной трудовой терапии, больные получают

возможность реально заниматься профессиональным трудом, что облегчает им в дальнейшем трудоустройство. Виды труда в индустриальных условиях представлены различными станочными работами в деревообрабатывающей промышленности, картонажно-упаковочными, садово-парковыми и сельскохозяйственными видами работ.

- **Общеукрепляющая трудотерапия** повышает общий жизненный тонус, оказывает действие на весь организм; участие в различных трудовых операциях мобилизует волю, улучшает настроение, приучает к концентрации внимания, дисциплинирует, развивает (восстанавливает) способность к длительному волевому усилию и напряжению и таким образом вводит в деятельное состояние. Как правило, проводится со всеми реабилитантами.
- **Профессиональная трудотерапия** проводится на заключительном этапе трудовой реабилитации и заключается в наиболее полном восстановлении профессиональных навыков, а также переобучении и обучении новой профессии.

**Тугоухость** – термин, принятый в сурдопедагогике для обозначения частичного нарушения слуховой функции в отличие от глухоты – полной утраты слуха; тугоухими иногда называют слабослышащих детей. Распознают тугоухость путем измерения порогов слышимости на различных частотах (тональная аудиометрия) и определения процента разборчивости речи (речевая аудиометрия). Различают кондуктивную и нейросенсорную тугоухость.

- **Кондуктивная тугоухость** обусловлена нарушением подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек в результате острого или хронического отита, отосклероза, нарушения функции слуховой трубы при аденоидах и др.
- **Нейросенсорная тугоухость** обусловлена повреждением чувствительных нервных клеток внутреннего уха, слухового нерва и выше расположенных образований слухового анализатора, возникающим как осложнение инфекционных болезней, а также при применении антибиотиков аминогликозидного ряда, некоторых мочегонных средств; также причинами могут быть наследственная



патология, воздействие бытовых, промышленных и транспортных шумов, вибрация, сосудистые нарушения, интоксикации, возрастные атрофические изменения во внутреннем ухе и центральных отделах слухового анализатора.

Особое значение имеет выявление тугоухости у детей, т. к. не обнаруженная вовремя слуховая недостаточность приводит к задержке формирования речи ребенка, отставанию его в интеллектуальном развитии и в конечном счете к инвалидности, требующей последующей длительной реабилитации. При своевременном установлении факта слуховой недостаточности и степени ее выраженности ребенка передают под наблюдение дефектолога и проводят с ним соответствующие занятия по развитию слуха.

**Туротерапия** – социокультурная реабилитационная технология, в основу которой положены туристические и экскурсионные виды деятельности. Основными функциями туризма с социальной точки зрения являются: воспроизводящая, компенсаторная, восстановительная, реабилитационная. Рассматривать туризм как средство реабилитации позволяют следующие факторы. Туризм – это двигательная активность, которая компенсирует ограниченность движения, он создает сферу полноценного общения, возможность установления социальных контактов, апробации социальных ролей, получения поддержки, интеграции в общество. В основе лечебного и оздоровительного туризма лежат маршруты, связанные с воздействием природных факторов. Многофакторное терапевтическое воздействие туризма способствует переключению мышления на саногенное (оздоровительное), когда ситуация не кажется безысходной, и человек находит решение проблем. Для эффективного использования туризма в реабилитации необходимо соблюдать следующие правила:

- вид туризма подбирается в зависимости от имеющихся физических нарушений и в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, с учетом персональных интересов, желаний, финансовых возможностей, места проживания, ожидаемых реабилитационных результатов;
- необходимо обеспечить безопасность для туристов и их окружения;

- у инвалидов должна быть некоторая физическая подготовка, они должны психологически быть готовы к трудностям;
- планируемые нагрузки должны быть адекватны состоянию здоровья.

Одно из основных условий успешности – тщательная подготовка участников и сопровождающих лиц (физическая, техническая, тактическая, психологическая, специальная – сбор материалов, решение реабилитационных задач, подготовка волонтеров); на привалах обязательным требованием является не только организация отдыха, но и осуществление культурной программы. Завершающим этапом должен стать итоговый вечер с показом фотографий, слайдов, видеофильмов, вручением дипломов, сертификатов, удостоверений, призов. В средствах массовой информации публикуются статьи и заметки.

Сегодня важна и профилактическая роль туризма, когда существует кризис адаптации, растет число психосоматических заболеваний.

**Тутор** – техническое устройство, изготовленное в виде гильзы и деталей крепления, предназначенное для обеспечения неподвижности в суставах и стабилизации какого-либо сегмента или всей конечности при различных патологических состояниях.

**Тяжесть труда** – характеристика трудовой деятельности человека, определяющая степень вовлечения в работу скелетных мышц и отражающая физиологическую стоимость преимущественно физической нагрузки. По степени тяжести различают физически легкий труд, труд средней тяжести, тяжелый и очень тяжелый труд. Критериями оценки тяжести труда являются эргономические (величина внешней работы, количество перемещаемого груза и пр.) и физиологические показатели (уровень энергозатрат, частота сердечных сокращений и пр.).

## У

**Увечье** появляется в результате повреждения или нарушения навыков с ущербом для пострадавшего индивидуума, которые ограничивают или уменьшают ту роль, которая для этого индивидуума в его окружении является нормальной. См. также **Трудовое увечье**.

### **УВЧ-терапия – см. Ультракоротковолновая терапия.**

**Удовлетворенность жизнью** – чувство, порожденное совпадением ожидаемого и реально наступившего, желаемого и действительного, планируемого и достигнутого. Удовлетворенность жизнью характеризуется тремя измерениями:

- степенью – мерой совпадения стремлений и достижений;
- полнотой – спектром сторон и видов деятельности, попавших под совпадение;
- продолжительностью – отрезком времени, на протяжении которого совпадение существует.

**Ультразвуковая диагностика** – распознавание патологических изменений органов и тканей с помощью ультразвука частотой 0,5-15 МГц (по другим источникам 1-10МГц). Звуковые волны такой частоты обладают способностью проходить через ткани организма и отражаться от всех поверхностей, лежащих на границе тканей разного состава и плотности. Ультразвуковой пучок с помощью ручного зонда направляют в исследуемую часть тела, отраженный сигнал обрабатывается электронным устройством, результат выдается в виде кривой (эхограммы) или двухмерного изображения (сонограммы).

Одной из особенностей ультразвуковых волн, способствующих их широкому применению в диагностических целях, является возможность сравнительно просто ориентировать волны в определенном направлении путем концентрации их в узком пучке.

**Ультразвуковая доплерография** – высокоинформативный неинвазивный метод диагностики сосудистых заболеваний головного мозга; основан на том, что частота волн, применяемых исследователем, зависит от скорости движения источника излучения и наблюдателя. Доплеровское смещение увеличивается при движении объекта к источнику ультразвука и уменьшается при движении от него. Взаимодействие ультразвука с потоком крови – сложный физический процесс, в котором эритроциты являются главным источником доплеровского смещения (тромбоциты меньше по размеру, количество же лейкоцитов относительно мало). Проводится анализ скоростных показателей кровотока на основе явления отражения ультразвуковых волн от эритроцитов. Для эффекта Доплера для диагностики используют как ультразвуковое, так и лазерное излучение, при этом ультразвуковой метод получил значительно более широкое применение.

**Ультракоротковолновая терапия (УВЧ-терапия)** – метод лечения непрерывным и импульсивным электрическим полем

ультравысокой частоты. Ультравысокочастотное электрическое поле обладает высокой проникающей способностью; в тканях организма оно вызывает колебательные движения ионов, смещение электронных оболочек и атомных групп в пределах молекул, а также направленную ориентацию крупных дипольных молекул. Поглощенная тканями энергия электрического поля преобразуется главным образом в теплоту, обеспечивая их избирательное прогревание. Наибольшее количество тепла при УВЧ-терапии образуется в подкожной клетчатке и костях, меньше – в мышцах, коже, нервной ткани, крови и лимфе. Данный вид терапии обладает болеутоляющим, противовоспалительным, десенсибилизирующим свойствами, стимулирует реакции иммунитета, улучшает трофику тканей и их регенерацию.

**Умение** – освоенный субъектом способ выполнения действия, обеспечиваемый совокупностью приобретенных знаний и навыков; способность выполнять некое действие по определенным правилам, причем данное действие еще недостаточно автоматизировано. Формируется путем упражнений и создает возможность выполнения действия не только в привычных, но и в изменившихся условиях.

**Умственная отсталость (слабоумие)** – недоразвитие сложных форм психической деятельности, обусловленное патологической наследственностью, органическим поражением центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития.

Возникновение интеллектуальной недостаточности на более поздних этапах жизни, когда психика ребенка уже достигла определенного уровня развития, дает отличную от олигофрении структуру дефекта.

Различаются:

- **Легкая умственная отсталость** (IQ 50-70) – такие дети внешне ничем не отличаются от нормальных детей, у них неплохо развита речь, адекватное и самостоятельное поведение в какой-то мере маскирует слабость мышления; отмечается хорошая память и способность к подражанию, могут обучаться в обычной школе, но проявляют медлительность и трудность в решении логических задач, конкретные задания усваивают более успешно; нуждаются в обучении необходимым для жизни видам деятельности: планировать и обеспечивать здоровое питание, правильно распределять бюджет, общаться, адекватно вести себя в обществе. Освоив

социальные навыки, успешно справляются с самообслуживанием, работой на дому, приобретают несложные профессиональные навыки, но им требуется помощь при трудоустройстве, обращении в государственные, социальные или медицинские учреждения, при решении социальных проблем. Такие дети легко внушаемы, быстро поддаются чужому влиянию, у них отсутствуют личностные позиции. В работе следует уделять внимание формированию высших психических функций, совершенствованию эмоционально-волевой сферы, приобретению социальных навыков. Значительное место должно отводиться работе с родителями для формирования зоны ближайшего развития.

- **Умеренная умственная отсталость** (IQ 35-49) составляет около 12 % случаев умственной отсталости; высшие психические функции, в том числе речь, развиты слабо, эмоции бедны, однообразны; на перемену обстановки такие дети могут дать своеобразную негативную реакцию; плохо обучаемы, в большинстве случаев нетрудоспособны, им доступны простые формы самообслуживания и гигиены, однако нет навыков ведения домашнего хозяйства, социальных навыков и навыков общения; могут сообщить о своих основных потребностях, многим доступно участие в беседе. При поддержке со стороны семьи могут научиться ориентироваться в окружении, осваивать правильные формы поведения и элементарные трудовые процессы, в некоторой степени могут контролировать свои поступки. При отсутствии семьи нуждаются в помощи специализированных учреждений.
- **Тяжелая (IQ 20-34) и глубокая (IQ < 20) умственная отсталость** составляет 8 – 20 % случаев умственной отсталости; это лица почти с полным отсутствием речи, овладение языком сводится, в лучшем случае, к пониманию простых команд, они не в состоянии вести самостоятельный образ жизни, так как не имеют простых жизненных навыков. Тяжелые формы умственной отсталости часто сопровождаются массивной аутоагрессией и нападением на окружающих; не имея возможности придать своей агрессивности социально-

приемлемые формы, больные склонны к самоповреждениям. При наклонности к двигательному возбуждению, стремлению разорвать постельное белье, одежду, поломать игрушки, мебель необходимо установление надзора.

Некоторые авторы (Clark A.M., Clarke A.D.B. (Eds.) *Mental Deficiency: The Changing Outlook*. N.Y., 1965) дают несколько другие критерии определения тяжести умственной отсталости:

- легкая умственная отсталость (IQ = 55-69 %);
- средняя умственная отсталость (IQ = 40-54 %);
- выраженная умственная отсталость (IQ = 25-39 %);
- глубокая умственная отсталость (IQ = 10-24 %).

**Упражнение** – повторное выполнение действия с целью его усвоения. В различных условиях обучения упражнение – это либо единственная процедура, в рамках которой выполняются все компоненты процесса учения (научения) – уяснение содержания действия, его закрепление, обобщение и автоматизация, либо одна из процедур – наряду с объяснением и заучиванием, предшествующим упражнению и обеспечивающим первоначальное уяснение содержания действия и его предварительное закрепление; во втором случае упражнение обеспечивает завершение уяснения и закрепление материала, а также обобщение и автоматизацию действия; в итоге это приводит к полному овладению действием и превращению его (в зависимости от достигнутой меры автоматизации) в умение или навык.

**Упрямство** – особенность поведения, в устойчивых формах – черта характера; выступает как дефект волевой сферы индивида, выражаемый в стремлении непременно поступать по-своему, вопреки разумным доводам, просьбам, советам или указаниям других людей; поведение, характерное активным отвержением индивидом требований других людей, обращенных к нему. При этом поведение переходит из предметного плана в межличностный и получает поддержку от мотивов самоутверждения.

Может вызываться чувствами обиды, злобы, гнева, мести. Наблюдается прежде всего у слишком эмоциональных или ригидных людей, а также при фрустрации важных потребностей. У детей и подростков появление упрямства может обуславливаться мелочной опекой взрослых или их пренебрежительным отношением к стремлению детей быть самостоятельными, в этом случае упрямство выступает как форма протеста, выражающая недовольство необоснованным подавлением развивающейся самостоятельности.

**Уровень активности организма** – степень мобилизации деятельности структур организма начиная с субклеточных и заканчивая системами органов и организмом в целом, необходимая для выполнения той или иной функции или задачи.

**Уровень жизни** – понятие, характеризующее степень удовлетворения материальных и культурных потребностей людей, что выражается в количестве и качестве потребляемых человеком благ и услуг начиная с пищи, жилища, одежды, предметов длительного пользования, средств передвижения вплоть до самых сложных, «возвышенных» потребностей, связанных с удовлетворением духовных, эстетических и иных подобных запросов.

**Уровень притязания** – самооценка личности, проявляющаяся в степени трудности заданий, осознанно ею берущихся; степень успешности, на которую человек претендует; крайне неблагоприятно сочетание завышенного уровня притязаний со сниженной самооценкой.

**Уровень социальной работы** – при проведении социальной работы с инвалидами, особенно во внебольничных условиях, необходимо охватывать все сферы их жизни и на всех социальных уровнях. Различают следующие уровни социальной работы.

- **Личностный уровень социальной работы** касается здоровья пациента, это тканевый, физиологический уровень; целью работы является облегчение симптомов заболевания, в зависимости от клинического состояния больного может занимать большее или меньшее место в реабилитационном процессе.
- **Микроуровень социальной работы** отражает типы ролей и межличностных взаимоотношений в семье; цель – перенесение реабилитационного пространства на ближайшее окружение.
- **Мезоуровень социальной работы** – службы и организации, активно взаимодействующие с семьей: работники здравоохранения, друзья, соседи, специальные реабилитационные и образовательные программы, общественные организации, группы поддержки; цель работы – преодоление болезненных расстройств, функционального дефицита и решение проблемных ситуаций.
- **Экзоуровень социальной работы** – те институты, в которые семья может не включаться непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на

семью и инвалида (средства массовой информации); цель – формирование аттитюдов к нетипичным людям.

- **Макроуровень социальной работы** – общество и те барьеры, которые необходимо преодолеть пациенту, чтобы войти в это общество, а также ценности культуры, традиции, религиозные представления; наиболее трудный для организации социальной работы; цель – облегчение нахождения больного в обществе, развитие социальных служб поддержки и помощи, в том числе направленных на предупреждение социальной изоляции.

**Условие развития** – факторы, от которых зависит развитие человека, сюда входят значимое окружение и взаимоотношения внутри него, предметы материальной и духовной культуры, а также многое другое.

**Условия труда** – совокупность факторов производственной среды, оказывающих влияние на здоровье и работоспособность человека в процессе труда.

**Условный рефлекс** (от лат. reflexus – отраженный) – динамическая связь между условным раздражителем и реакцией индивида, первоначально запускаемой безусловным раздражителем. В ходе экспериментальных исследований были определены правила выработки условных рефлексов: совместное предъявление первоначально индифферентного и безусловного раздражителей при некоторой отсроченности второго; при отсутствии подкрепления условного раздражителя безусловным временная связь постепенно затормаживается.

**Услуга медицинская** – вид медицинской помощи, оказываемый медицинскими работниками и учреждениями здравоохранения и социальной защиты населению. Медицинская услуга начинает выступать как специфический товар, когда обладает следующими отличительными свойствами:

- неосвязаемость (пациент, пришедший на прием к врачу, не может заранее знать результат посещения);
- неотделимость от источника услуги (пациент, записавшийся к определенному врачу, получает уже не ту услугу, если попадает из-за отсутствия этого врача к другому);
- непостоянство качества (одну и ту же медицинскую услугу врачи разной квалификации оказывают по-разному, и даже один и тот же врач может помочь



пациенту по-разному в зависимости от его состояния).

Медицинская услуга, как и любой товар, обладает стоимостью, денежным выражением, которой является цена. Цены на услуги состоят из двух основных элементов: себестоимость и прибыль.

**Услуги реабилитационные** – социально-бытовые услуги, методические приемы, технические средства, субъекты хозяйственной деятельности, имеющие лицензии и включенные в государственный реестр реабилитационных изделий и услуг.

**Услуги социальные** – совокупность элементов общей сферы услуг, направленных на социальную поддержку социально незащищенных слоев населения; включают уход, организацию питания, содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи, трудоустройстве, организации досуга, содействие в организации ритуальных услуг и др.

**Установка (аттитюд)** – готовность, предрасположенность субъекта к восприятию будущих событий и действиям в определенном направлении, возникающая на основе прошлого опыта и обеспечивающая устойчивый, целенаправленный характер протекания деятельности человека. Имеет важное функциональное значение – состояние готовности позволяет эффективнее выполнить предстоящее действие; она определяет устойчивый, последовательный и целенаправленный характер протекания деятельности, выступает как механизм стабилизации; освобождает субъекта от надобности принимать решение и произвольно контролировать протекание деятельности в стандартных ситуациях. Но возможны и «ошибки установки», проявляющиеся в ошибочных действиях, восприятиях или оценках; может выступать как фактор, обуславливающий инертность, косность деятельности, затрудняющий приспособление к новым ситуациям.

**Установка в трудовой деятельности** определяет устойчивый, последовательный, целенаправленный характер протекания деятельности, выступает как механизм ее стабилизации, позволяющий сохранить ее направленность в непрерывно меняющихся ситуациях.

**Устный метод** – система воспитания и обучения глухих на основе преимущественного использования устной речи. Разработан в 70-х гг. XVIII в. С. Гейнике, считавшим этот метод более соответствующим природным способностям глухих, а также целям их воспитания, нежели мимический метод.

**Устойчивость к стрессу** – способность выдерживать психологические нагрузки, не испытывая состояния стресса (см. **Стресс**).

**Уход за больными** – совокупность мероприятий, направленных на обеспечение всесторонней помощи больному при санитарно-гигиенических и лечебных процедурах, физиологических отправлениях, диагностических обследованиях, на соблюдение предписанных ему режима активности, питания, лекарственных назначений, а также на создание для больного условий, более всего способствующих быстрейшему выздоровлению, облегчению страдания и предотвращению осложнений. Особенности ухода, обусловленные спецификой того или иного заболевания, обозначаются как специальный уход.

**Учреждение социального обслуживания** – юридическое лицо независимо от формы собственности и организационно-правовой формы, предоставляющее социальные услуги (см. **Социальная служба**) клиентам (см. **Клиент социальной службы**) в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее социальную реабилитацию (см. **Социальная реабилитация**) и адаптацию граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (см. **Трудная жизненная ситуация**). По форме собственности могут быть:

- **Государственные учреждения социального обслуживания** – учреждения, являющиеся собственностью субъектов Российской Федерации и находящиеся в ведении органов государственной власти этих субъектов.
- **Негосударственные учреждения социального обслуживания** – учреждения, учредителями которых являются благотворительные, общественные, религиозные и другие организации или отдельные граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без организации юридического лица.

Учреждения социального обслуживания классифицируются по следующим основным признакам (критериям):

- по формам собственности (государственные и негосударственные);
- по типу учреждения (в зависимости от условий, в которых предоставляются социальные услуги населению, см. **Типы учреждений социального обслуживания**);

- по виду учреждения (в зависимости от их предназначения и характера предоставляемых услуг, см. **Виды учреждений социального обслуживания**);
- по категориям и группам населения, обслуживаемым в учреждениях (дети, семьи, женщины, граждане пожилого возраста, инвалиды, граждане без определенного места жительства).

**Учреждение социального обслуживания на дому** – см. **Типы учреждений социального обслуживания**.

**Учреждение срочного социального обслуживания** – см. **Типы учреждений социального обслуживания**.

**Учреждение срочной социально-консультативной помощи** – см. **Типы учреждений социального обслуживания**.

**Ушиб головного мозга** – см. **Черепно-мозговая травма**.

## Ф

**Факторы окружающей среды** – все факторы, имеющие значение для индивидуума в определенном физическом, духовном и душевном отношении; находятся во взаимовлиянии со всеми другими параметрами оценки (повреждение, нарушение навыков, социальная недостаточность). К этим факторам относится материальное, социальное и личное окружение, в котором человек устраивает свою жизнь и которое может оказывать благоприятное воздействие (позитивные факторы) на повреждение, нарушение навыков или социальную недостаточность и, таким образом, на ход реабилитации в целом. Поэтому следует как можно раньше распознать влияние этих факторов и использовать их в целях реабилитации (концепция ресурсов в реабилитации). Кроме того, факторы окружающей среды могут оказывать также и вредное воздействие (негативные факторы) на организм и таким образом усугублять повреждения, нарушения навыков или социальную недостаточность.

**Факторы риска** – различные условия внешней или внутренней сферы организма, способствующие развитию патологических состояний.

**Фантазирование компенсаторное (защитное фантазирование)** – один из механизмов психологической защиты: погружение в фантазии и мечты, смягчающие отрицательные переживания.

**Фантомные боли (фантомный образ)** (от фр. Fantome – призрак) – иллюзия восприятия; боли, испытываемые человеком в отсутствующих частях тела, чаще конечностях. Чаще характеризуется возникновением навязчивых ощущений зуда, боли, анемии, субъективно локализованных в удаленной конечности. Эти эффекты могут быть временными, существующими только в послеоперационный период, когда происходит дегенерация соответствующих нервных волокон, и хроническими, обусловленными образованием инкапсулированных рецепторов на месте перерезки нервных волокон.

**Фацилитация** – способствование или ускорение движения на основе нейрофизиологического принципа как естественного двигательного процесса, противоположность торможению; эффект раздражения, вызываемый в нервной ткани прохождением импульса, приводящий к снижению сопротивления, где через повторное раздражение вызывается желаемая реакция на сокращение мышечных волокон.

**Фацилитация (в кондуктивной педагогике)** – создание для ребенка таких условий, в которых он мог бы наилучшим образом решить поставленную перед ним задачу; важным правилом оказания помощи ребенку-инвалиду считается подбор индивидуальных способов фацилитации, количество которых должно быть минимально и постепенно сокращаться. Выделяют следующие виды фацилитации в деятельности ребенка:

- мануальная фацилитация – применяется при начальном этапе овладения двигательными навыками и в случае, когда другие виды малоэффективны;
- вербальная фацилитация – ритмический словесный комментарий, а также детальное описание каждого движения, «расчленение» его на части;
- зрительная фацилитация – показ движения специалистом или другими людьми;
- использование специальных приспособлений (кружка с двумя ручками и др.);
- коллективные, групповые методы работы – ребенок может получить необходимую социальную помощь; овладение действиями в сотрудничестве с кем-либо и под руководством способствуют развитию самостоятельного выполнения данных действий.

**Фельденкрайс-терапия** – терапия, нацеленная на облегчение физиологических или восстановление нарушенных двигательных

способностей, в основе которой лежит концепция «осознания через движение», разработанная доктором Моше Фельденкрайсом в 70-80 гг. XX столетия на основе изучения проблем статики и динамики человеческого тела, нейрофизиологии и нейропсихологии движений. В процессе терапии доктор Фельденкрайс развивал в пациенте осознание того, что с ним происходит в момент занятий, привлекая к составлению программы упражнений, тем самым, развивая у пациента и чувство тела, и его контроль. Данная функциональная интеграция делает лечение более эффективным. Концепция доктора Фельденкрайса основывается на понимании того, что целенаправленные движения стимулируют мозг к восприятию, сохранению и воспроизведению новой информации; таким образом, информация трансформируется в движение. Такая стимуляция резервов нервной системы – подход к терапии двигательных нарушений с абсолютно другой точки зрения в отличие от силовых упражнений, разрабатывания суставов или сходных приемов механической терапии. Терапия может быть решительно усовершенствована, если пациент кинестетически («двигательно») осознает результаты лечения.

**Физикальная терапия** – см. **Физиотерапия**.

**Физиокинезотерапия** – комплекс лечебных мероприятий, включающих активную и пассивную гимнастику, использование физических факторов и массаж с целью восстановления функций при заболеваниях и повреждениях опорно-двигательного аппарата.

**Физиология** – наука, изучающая жизнедеятельность организмов; процессы, протекающие в их системах, органах, тканях, клетках и их структурных элементах; регуляцию функций. Раскрывает законы функционирования организма как целого в его единстве и взаимодействии со средой, в его приспособлении к изменчивым условиям среды, в его развитии.

**Физиология активности** – концепция, трактующая поведение организма как активного субъекта по отношению к среде. Впервые переход от рассмотрения организма как реактивной системы к рассмотрению его как системы активной был развит в исследованиях Н. А. Бернштейна. Активность проявляется, когда запрограммированное индивидуумом движение к определенной цели требует преодоления сопротивления среды, на это сопротивление организм отпускает энергию, пока не восторжествует над этой средой или не погибнет. Данная концепция альтернативна представлениям о рефлекторной дуге, поскольку стимул, будучи бесспорной формой проявления рефлекса, ничего не говорит о значении этого рефлекса –

о том, почему на этот рефлекс организм отвечает именно так, а не иначе. Физиология активности стремится ответить на этот вопрос, для чего совершается подобная реакция организма, какой потребности она соответствует.

Активность организма строится соответственно вероятностному прогнозированию развития событий в среде и положению в ней организма, модель желаемого (потребностного) будущего строится на базе информации о текущей ситуации и прежнем опыте. Создав программу действия на основании выбора наиболее эффективного пути достижения цели, организм борется за нее, преодолевая сопротивление среды, особенности которой учитываются посредством вносимых в программу сенсорных коррекций, что позволяет активно перестраивать поведение по принципу обратной связи – в связи с чем оно носит характер рефлекторного кольца, а не рефлекторной дуги.

**Физиология труда** – раздел общей физиологии человека, изучает физиологические и психофизиологические особенности трудовых процессов, разрабатывает основы научной организации труда, наиболее важные из которых – рационализация рабочего места, рабочей позы, движений, автоматизация и механизация тяжелых работ и разработка физиологически обоснованных режимов труда и отдыха.

**Физиотерапия (физикальная терапия)** – область клинической медицины, изучающая и использующая лечебные свойства природных (солнечное излучение, пресные и минеральные воды, лечебные грязи, ландшафт) и искусственно создаваемых (электричество, тепло, свет) физических факторов и разрабатывающая способы их применения (без разрушения тканей) для лечения и профилактики болезней, медицинской реабилитации. Физиотерапия включает электролечение (гальванизацию, электрофорез, диадинамометрию, амплипульстерапию, электростимуляцию, флюктуризацию, дарсонвализацию, индуктометрию, УВЧ-, и СВЧ-терапию, магнитотерапию и пр.), светолечение (инфракрасное облучение, ультрафиолетовое облучение, лечение ультразвуком и пр.), водолечение (ванны, души, обливания, лечение минеральными водами), теплотечение (парафино-, озокеритолечение, аппликации, ванны), ингаляционную терапию (аэрозоль- и аэроионотерапию, галотерапию), лазеротерапию, баротерапию, оксигенотерапию и др.

**Физическая зависимость** – см. **Зависимость**.

**Физическая среда условий труда** – совокупность факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье работника.

**Физическая терапия** – метод реабилитации, основанный на восстановлении функциональных, прежде всего двигательных, нарушений, использующий не медикаментозное лечение, а физические упражнения, мануальную терапию, массаж и воздействие различных природных факторов (тепла, света, высоких частот, ультразвука, воды). Физическую терапию следует отличать от широко применяемого в России метода физиотерапии. Отличительной особенностью физической терапии является обязательное участие физического терапевта в работе междисциплинарной команды, в которую, как правило, входят врачи, медицинские сестры, эрготерапевты, логопеды, психологи и другие специалисты.

**Физкультура лечебная.** 1. Раздел клинической медицины, изучающий механизмы терапевтического действия физических упражнений, а также других средств физической культуры и разрабатывающий методы их применения с лечебно-профилактической и реабилитационной целью.

2. Метод лечения, профилактики, медицинской реабилитации, основанный на использовании физических упражнений и других средств физической культуры (см. **Лечебная физкультура**).

**Филогенез** (от греч. phyle (philon) – род, племя и genesis – рождение, происхождение) – процесс исторического развития живой природы и отдельных групп составляющих ее организмов.

**Философия независимой жизни инвалида** – возможность полностью контролировать свою жизнь на основе приемлемого выбора, который сводит к минимуму зависимость от других людей в принятии решений и осуществлении повседневной деятельности; ориентирует человека, имеющего инвалидность, на то, чтобы он ставил перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества; она рассматривает инвалидность с позиции неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить, мыслить обычными способами, таким образом включение в инфраструктуру общества системы социальных служб, которым человек с инвалидностью мог бы делегировать свои ограниченные возможности, сделало бы его равноправным членом общества. Философия независимой жизни предполагает, что независимая жизнь – это (Виртуальный центр независимой жизни инвалидов Магаданской области):

- возможность самим определять и выбирать такой образ жизни, который позволяет самостоятельно принимать решения и свободно управлять обстоятельствами в различных жизненных ситуациях;

- право человека быть неотъемлемой частью современного общества и, принимая активное участие в социальных и политических процессах, иметь свободу выбора;
- возможность иметь право полного участия в процессах медицинской и социальной реабилитации и быть главным экспертом в оценке их качества;
- право человека иметь свободный доступ к жилью и среде обитания, социальной инфраструктуре и транспорту, работе и образованию, медицинскому обслуживанию и социальным услугам;
- все то, что дает возможность инвалиду считать себя Личностью и быть независимым человеком (см. **Декларация независимости инвалида, Независимая жизнь, Центр независимой жизни**).

**Фитотерапия** – лечение с помощью лекарственных растений.

**Флексия** – сгибание (например конечности, туловища).

**Фобия** – навязчивый страх, боязнь ситуаций, не представляющих непосредственной угрозы: закрытых помещений, открытых пространств, высоты, глубины и др.; сопровождаются вегетативными дисфункциями (сердцебиением, обильным потом и пр.); встречаются в рамках неврозов, психозов и органических заболеваний головного мозга. По содержанию фобии могут быть различными: боязнь закрытых помещений – клаустрофобия, острых предметов, узких улиц или широких площадей – агорафобия, страх заболеть тяжелым недугом – кардиофобия, канцерофобия). Обычно возникают у людей с образным мышлением и в то же время – с душевной инертностью, вегетативной неустойчивостью. При квалифицированном психотерапевтическом вмешательстве фобии в основном проходят. См. **Неврогический синдром**.

**Фокальный эпилептический припадок** – см. **Эпилепсия**.

**Фонды государственного страхования** – государственные внебюджетные социальные организационно-правовые формы государственного социального страхования. В Российской Федерации действуют следующие фонды.

- **Фонд социального страхования РФ (ФСС)** – специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ, которое управляет средствами социального страхования РФ, является юридическим лицом, имеющим валютные и иные счета в банках.



- **Пенсионный фонд РФ (ПФ РФ)** – самостоятельное финансово-кредитное учреждение, созданное в целях управления финансами пенсионного обеспечения РФ, подчинен Правительству РФ; его средства находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.
- **Фонд занятости** – государственный внебюджетный фонд РФ, предназначенный для финансирования мероприятий, связанных с реализацией государственной политики занятости населения.
- **Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС)** создан для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан; является самостоятельным некоммерческим финансово-кредитным учреждением и подотчетен соответствующим (федеральным и территориальным) органам представительской и исполнительной власти.

**Фонема** (от греч. *phoneoma* – голос, звук, речь) – различительная единица звукового строя языка, имеющая набор характерных признаков. Эти признаки соотносимы с субъективным впечатлением: звонкость – глухость, твердость – мягкость и т. д.

**Формирование двигательного навыка** (от лат. *formare* – образовывать) – процесс формирования способности к осуществлению того или иного движения без сознательного контроля. В процессе обучения у индивида создается концептуальная модель движения, в которой интегрируется знание о выполняемой двигательной задаче, средствах и способах ее решения и образ конкретной ситуации реализации движения. На основе этих элементов движения происходит актуализация уже отработанных двигательных навыков, имеющих отношение к данной двигательной задаче. Кроме того, происходит настройка системы восприятия, формируется комплекс ожидаемых афферентаций, за счет чего повышается чувствительность к определенным элементам внешней и внутренней среды. При освоении моторного поля в конкретных условиях решения двигательной задачи происходит соотнесение этого решения с признаками ситуации.

Для начала отработки движения характерна повышенная чувствительность движения к нюансам афферентации, при постепенном наполнении моторной памяти отработанными

двигательными элементами происходит редукция содержания образов ситуации и движения, в которых остаются лишь самые существенные ориентиры. Восприятие движения на стадии автоматизации становится более обобщенным и свернутым. На стадии тренировки, которая следует за стадией автоматизации, происходит увязывание элементов движения между собой и строится система их актуальной координации. Этот процесс формирования двигательного навыка завершается его стандартизацией, когда выполняемое действие принимает постоянную форму, и стабилизацией, при которой движение приобретает устойчивость по отношению к внешним и внутренним препятствиям.

**Формирование произвольных движений** (от лат. formare – образовывать) – передача управления при построении движений сознательному контролю. По мнению И. М. Сеченова, произвольные движения регулируются на основании обратной связи проприорецептивными ощущениями, дающими информацию об особенностях выполняемых движений, и экстерорецептивными ощущениями, позволяющими анализировать признаки конкретной ситуации, в которой происходит реализация движения.

Возможность сознательного контроля над реализацией движения возникает лишь в связи с возникновением общественно-трудовой деятельности и языка. В соответствии с этим управление человеческими движениями может осуществляться на основе различных словесных инструкций и самоинструкций. В онтогенезе, по мнению Л. С. Выготского, произвольная регуляция носит распределенный характер: взрослый задает словесную инструкцию, в которой определена отрефлексированная цель движения, а ребенок ее выполняет. В дальнейшем у ребенка возникает возможность саморегуляции движения при помощи собственной речи, сначала внешней, потом внутренней.

**Формирование характера патологическое** – негативное изменение характера под влиянием хронической психотравмирующей ситуации, дефектов воспитания. Нередко встречается у аномальных детей как следствие переживания ребенком своего дефекта. Необходимо отличать патологическое формирование характера от психопатии.

**Формы социального обслуживания** – социальное обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов включает:

- социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);

- полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
- стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования);
- срочное социальное обслуживание;
- социально-консультативную помощь;
- предоставление жилого помещения в домах жилищного фонда социального использования.

Социальное обслуживание по желанию граждан пожилого возраста и инвалидов может осуществляться на постоянной или временной основе.

**Фототерапия** – см. Светолечение.

**Фрустрация** (от лат. frustratio – обман, тщетное ожидание) – психическое состояние, характеризующееся сильными отрицательными переживаниями, которые возникают при невозможности удовлетворения каких-либо потребностей; возникает в ситуации конфликта, когда стремление к удовлетворению потребности наталкивается на непреодолимые (или субъективно воспринимаемые как таковые) препятствия. Проявляется в виде резкого раздражения, отчаяния, разочарования и т. п. и таким образом дезорганизует поведение и снижает эффективность деятельности.

**Фрустрация у детей** – негативное психическое состояние, обусловленное невозможностью решения специфических задач возрастного развития. Причиной фрустрации может выступать невозможность овладеть желаемым предметом или запрет со стороны взрослого на выполнения какого-либо действия. Наличие фрустраций у ребенка может обуславливать формирование таких черт характера, как агрессивность, возбудимость, пассивность.

**Функциональная диагностика** – применение инструментальных и лабораторных методов исследования с целью объективной оценки функционирования различных органов и систем организма. Среди методов функциональной диагностики в неврологии наибольшее распространение получили электроэнцефалография, ультразвуковая диагностика, электромиография, применяются также различные способы оценки регуляции вегетативных функций.

**Функциональные депрессивные состояния** – см. Депрессия.

**Функциональный анализ движений** – стандарты терапевтических вмешательств; функциональный анализ движений здорового человека разработан и описан физиотерапевтом Сузанной Клейн-Фогельбах, этим были открыты перспективы для изучения отклонений от нормы – двигательных нарушений. Функциональный анализ сосредоточивает в себе все то, что происходит в процессе терапевтических упражнений, ровно как и то, что не происходит, что может или что должно происходить. Тем самым функциональный анализ гарантирует, что коррекция двигательных нарушений в каждой своей фазе подвержена критическому и беспристрастному истолкованию.

## X

**Холотропная терапия** (от греч. holos – целый и tropos – направление, поворот и therapeia – лечение) – форма психотерапии; основана на результатах психоделических исследований, в которых были выявлены некоторые уровни человеческой психики. К таким уровням были отнесены сенсорный опыт, который образован сильными переживаниями, не имеющими личностного значения; психодинамический, или биографический, опыт, представленный лично значимыми событиями; перинатальный, или добиографический, опыт, содержание которого соответствует переживаниям умирания, смерти и повторного биологического рождения; и, наконец, трансперсональный, или сверхбиографический опыт, который связан с расширением сознания и переживания филогенетического опыта. Процедура холотропной терапии, направленной на активизацию бессознательного содержания психики, предполагает использование интенсивного дыхания, прослушивание специально подобранной музыки и работу с собственным телом.

**Хроматопсия** – искажение цветовых ощущений, характеризуется восприятием лишь одного из основных цветов. Так, при эритропсии все воспринимается как окрашенное красным (например при отравлении йодом); при ксантопсии – желтым (при отравлении сантонином); при цианопсии – синим цветом (при отравлении грибами).

**Хронопография** (от греч. – время, – место, местность и – пишу) – расписание по месту и времени деятельности ребенка в течение всего дня; временной график обязательных действий,

расписанный по месту их выполнения. Это своеобразная временная и предметная карта жизнедеятельности ребенка в процессе его социально-педагогической реабилитации; ориентирует по времени и содержанию педагогическую деятельность специалиста, обеспечивая тем самым последовательную и направленную жизнедеятельность ребенка. Как правило, отражает основные требования и к ребенку, и к педагогу-кондуктору в их взаимосвязи в процессе социально-педагогической работы. Особенностью является то, что она достаточно полно расписывает для педагога весь день ребенка и, в связи с этим, определяет, что и как следует ему делать в каждый момент времени обеспечения режима реабилитации (распорядка дня).

**Холдинг-терапия** – оригинальный метод коррекции эмоциональных нарушений в детском возрасте, разработанный американским психотерапевтом М. Велш. Процедура холдинг-терапии весьма проста: мать крепко обнимает ребенка и удерживает его, несмотря на сопротивление. При этом лица ребенка и матери обращены друг к другу. После нескольких сеансов холдинг-терапии (продолжительностью около часа) сопротивление ребенка уменьшается и наступает расслабление. Метод продемонстрировал высокую эффективность в клинике раннего детского аутизма.

**Хорея** (от греч. choreia – пляска) – форма гиперкинеза; характеризуется произвольными, быстрыми, нерегулярными движениями, возникающими в различных мышечных группах; состояние избыточных спонтанных движений, возникающих нерегулярно, неповторяющихся, случайных и беспорядочных по своему характеру. Термин применяется как для обозначения самостоятельных заболеваний, при которых хореический гиперкинез является ведущим проявлением, так и для определения хореоформных синдромов, возникающих при различных заболеваниях. Более тяжелая форма хорей – баллизм (см. **Гиперкинез**).

**Хронический мозговой синдром** – см. **Минимальная мозговая дисфункция**.

**Художественная педагогика** – см. **Артпедагогика**.

**Хоспис** – форма оказания помощи, комплекс программ, услуг и учреждений для безнадежно больных людей. Подобная помощь обычно оказывается в учреждениях небольшого типа, где специалисты, добровольцы, члены семьи и друзья стремятся к созданию эмоционально теплой атмосферы и оказывают разностороннюю помощь больному. Основными задачами хосписа являются:

- формирование новой формы медицинского и социального обслуживания инкурабельных больных – благотворительной медицины;
- повышение доступности стационарной медицинской помощи больным терминальной стадии и улучшение качества медицинской помощи на дому;
- проведение симптоматического лечения больных в терминальных стадиях, оказания им квалифицированного ухода с применением психотерапевтических и традиционных методик;
- подбор и проведение необходимой обезболивающей терапии;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными.

**Художественная терапия** – использование картин, скульптур и других произведений искусства в лечении эмоциональных проблем. Художественная терапия часто используется в социальной работе, в групповой психотерапии, при амбулаторном лечении; рассматривается и как эффективное средство в работе со здоровыми людьми, желающими использовать искусство как средство ускорения своего развития. В некоторых случаях клиенты создают собственные произведения и обсуждают их с терапевтами или с другими членами группы. В других случаях клиентам демонстрируют художественные произведения и просят рассказать о том, как эти произведения влияют на их чувства.

## Ц

**Цветолечение** – метод лечения, при котором используются все цвета солнечных лучей. Красный цвет стимулирует кровообращение и функции нервной системы, голубой – в противоположность красному цвету оказывает умиротворяющее и противовозбуждающее действие, используется для нормализации деятельности нервной системы, но при длительном воздействии приводит к упадку сил. Желтый цвет успокаивает и восстанавливает силы. При лечении применяются также и цветные пищевые продукты и напитки, цветные воды: красные напитки и продукты улучшают мочеотделение, клюквенный

сок дезинфицирует мочевыводящие пути. При болях в пояснице можно носить голубую рубашку или блузку.

**Целевая программа** – как правило, рассчитанный на 2-4 года, скоординированный по целям, срокам, содержанию комплекс целевых мер, предусматривающих рациональное использование материально-технических, кадровых и финансовых ресурсов. Такая программа призвана обеспечить взаимодействие всех исполнителей намеченных мероприятий. Имеет гарантированное финансирование на реализацию соответствующих мероприятий. Такой подход требует от исполнителей мероприятий тщательной проработки и обоснования своих заявок на участие в программе, указание конкретных целей финансирования (например на создание центра творческой реабилитации инвалидов при учреждении, для проведения смотра художественной самодеятельности инвалидов, на организацию курсов повышения квалификации специалистов по реабилитации).

**Целительство** – см. **Медицина народная**.

**Цель** – осознанный образ предвосхищаемого, желаемого результата, на достижение которого направлена деятельность человека. Чтобы понять, что побуждает человека ставить определенные цели и добиваться их осуществления, необходимо обратиться к понятиям потребности и мотиву.

**Центры независимой жизни** – организации, занимающиеся вопросами продвижения идеологии и практики независимой жизни, существуют по всему миру, стали появляться в России. Представляют собой комплексную инновационную модель системы социальных служб, которые в условиях дискриминирующего законодательства, недоступной архитектурной среды и консервативного в отношении людей, имеющих инвалидность, общественного сознания создают для людей с инвалидностью режим равных возможностей. Реализуют следующие программы:

- информирование и предоставление справочной информации – базируется на убеждении, что доступ к информации укрепляет способность человека управлять своей жизнью;
- консультирование «равными» и обмен опытом – подталкивает инвалида к тому, чтобы удовлетворять свои потребности, принимая ответственность за свою жизнь; опытный консультант из числа инвалидов выступает в качестве ролевой модели инвалида, который сумел преодолеть преграды, чтобы жить

полноценной жизнью наравне с другими членами общества;

- индивидуальные консультации по защите прав и интересов инвалидов для помощи в осуществлении ими личных целей – координатор обучает человека говорить от своего имени, выступать в свою защиту, самому отстаивать свои интересы; в основе лежит убеждение, что сам человек лучше знает, в каких услугах он нуждается;
- предоставление услуг – совершенствование как самих услуг, так и возможностей центров независимой жизни оказывать их клиентам.

**Центральная нервная система (ЦНС)** – основная часть нервной системы, представленная спинным и головным мозгом, основными элементами которой являются нервные клетки – нейроны и глиальные клетки, последние обеспечивают сохранение постоянства внутренней среды центральной нервной системы и ее трофику. Наиболее сложная и специализированная часть центральной нервной системы – большие полушария головного мозга. Деятельность ЦНС подчиняется принципу рефлекторного кольца.

**Церебральный** (от лат. cerebrum – мозг) – мозговой, относящийся к головному мозгу.

**Цефалгия** – см. **Головная боль**.

**Цигун** – система физических упражнений, сочетающаяся со специальной тренировкой психики и дыхательным упражнениями, направленная на оздоровление и укрепление организма, развитие индивидуальных способностей человека. Различают мягкий и жесткий цигун. В первом случае комплекс упражнений направлен на общее оздоровление и лечение некоторых заболеваний. Во втором выполняются специальные упражнения, повышающие выносливость к ударным воздействиям на конечности, скорость ответной реакции. Цигун тесно связан с ушу, так как сначала они вместе использовались в системе подготовки к боевым единоборствам, на их основе создано множество гимнастических, лечебных и оздоровительных методов, которые ныне широко используются в учебных и лечебных учреждениях в ряде стран Азии.

**Цубо-терапия** (от яп. цубо – одна из разновидностей кувшинов и греч. therapēia – лечение) – форма имажинативной психотерапии; основана на связывании негативных переживаний с неодушевленным предметом, а именно с цубо. Включает в себя ряд этапов, на каждом из которых требуется визуализировать взаимодействие с предметом и



пережить соответствующие эмоции. Это следующие этапы: подготовка; пассивная визуализация различных кувшинов; вхождение внутрь кувшина; действие с разными кувшинами; вход в разные кувшины, наполненные различными негативными эмоциями; вход и выход из кувшина с оставлением эмоций внутри и запечатыванием кувшина; дистанцирование от кувшина.

## Ч

**Черепно-мозговая травма (ЧМТ)** – повреждение черепа и головного мозга в результате механического воздействия. При поражении головного мозга возникает нарушение мозгового кровообращения, ликвороциркуляции, проницаемости гематоэнцефалического барьера. Развивается отек мозга, который вместе с другими патологическими реакциями обуславливает повышение внутричерепного давления. Неблагоприятным фактором повреждения мозга является гипоксия вследствие нарушения дыхания или падения системного артериального давления.

По опасности инфицирования различают открытые и закрытые черепно-мозговые травмы. К закрытым относят повреждения, при которых не нарушена целостность покровов головы либо имеются раны мягких тканей головы без повреждения апоневроза. Переломы черепа, не сопровождающиеся ранением прилежащих мягких тканей и апоневроза, также являются закрытыми повреждениями.

При открытых повреждениях имеются переломы костей свода черепа с ранением прилежащих тканей либо перелом основания черепа, сопровождающийся кровотечением или ликвореей (из носа или уха), а также раны мягких покровов головы с повреждением апоневроза. При целостности твердой мозговой оболочки открытая черепно-мозговая травма является непроникающей, а при нарушении ее целостности – проникающей. По типам ЧМТ подразделяют на изолированные (когда отсутствуют внечерепные повреждения), сочетанные (когда одновременно имеются внечерепные повреждения костей скелета или внутренних органов) и комбинированные (когда одновременно воздействуют различные виды энергии – механическая, тепловая, химическая, лучевая).

ЧМТ могут быть первичными, когда воздействие механической энергии не обусловлено какой-либо непосредственно предшествующей травме церебральной катастрофой, и вторичные,

когда воздействие механической энергии обусловлено непосредственно предшествующей травме церебральной катастрофой, вызвавшей падение (эпилептический припадок, инсульт). Черепно-мозговые травмы подразделяют также по степени тяжести (легкой, средней и тяжелой степени) и по периоду течения (острый, промежуточный и отдаленный периоды).

Различают следующие клинические формы черепно-мозговых травм: сотрясение, ушиб и сдавление головного мозга.

- **Сотрясение головного мозга** отмечается в 60 – 70 % случаев черепно-мозговых травм; основным клиническим признаком является потеря сознания, длящаяся от нескольких секунд до 30 минут, характерна многократная рвота; после восстановления сознания обычно имеются жалобы на головную боль, головокружение, общую слабость, ощущение шума в ушах, приливы крови к лицу, потливость, нарушение сна. Нередко отмечается амнезия: больной не помнит ни обстоятельства травмы, ни короткого периода событий до и после нее. Наблюдаются боли при движении глаз, двоение предметов. Повреждение костей черепа отсутствует. Давление цереброспинальной жидкости и ее состав существенно не изменяются. Общее состояние больных обычно существенно улучшается в течение первой, реже – второй недели после травмы.
- **Ушиб головного мозга** – более тяжелая форма его повреждения, отличающаяся от сотрясения наличием участков повреждения вещества мозга, субарахноидального кровоизлияния, а в ряде случаев и переломов костей свода и основания черепа. Характеризуется потерей сознания от нескольких минут до 1-го и 4 – 6-го часов при легком и среднем ушибе, а при тяжелом – до нескольких недель. Симптоматика различна в зависимости от тяжести повреждения: от головной боли, головокружения, тошноты, брадикардии или тахикардии, иногда повышенного артериального давления, продолжающихся в течение 2-3 недель после травмы, до угрожающих нарушений жизненно важных функций с расстройством частоты и ритма дыхания, резким повышением или падением артериального давления, лихорадкой и последующими остаточными

двигательными нарушениями и изменениями в психической сфере.

- **Сдавление головного мозга** – среди его причин преобладают внутричерепные гематомы, затем следуют вдавленные переломы костей черепа, очаги разможнения мозга. Сдавление характеризуется усилением головной боли, многократной рвотой, психомоторным возбуждением, появлением или углублением гемипареза, односторонним расширением зрачка, фокальными эпилептическими припадками, появлением или усилением брадикардии, повышением артериального давления, ограничением зрения вверх, спонтанным нистагмом, двусторонними патологическими рефлексам и появлением или углублением нарушения сознания до степени сопора или комы.

**Чрезвычайная ситуация** – внешне неожиданная, внезапно возникающая обстановка, характеризующаяся резким нарушением установившегося процесса или явления и оказывающая значительное отрицательное воздействие на жизнедеятельность людей, функционирование экономики, социальную сферу и природную среду. В мирное время такие ситуации могут возникать в результате производственных аварий, катастроф, стихийных бедствий, экологических катастроф, диверсий или факторов военно-политического характера. Главная задача в борьбе с чрезвычайными ситуациями – это предотвращение или сведение к минимуму людских потерь и числа пострадавших. Причины травматизации, заболеваемости и смертности населения во время чрезвычайных ситуациях объединяют в четыре основные группы: травматические (в т. ч. термические) повреждения, психоэмоциональные стрессы, эпидемические заболевания, комбинированные повреждения.

**Чувствительность** – способность организма воспринимать раздражения, исходящие из окружающей среды или от собственных тканей и органов, и отвечать на них дифференцированными формами реакций.

**Чувство** – одна из основных форм переживания своего отношения к предметам и явлениям действительности, эмоциональные переживания, в которых отражается устойчивое отношение индивида к определенным процессам внешнего мира. В отличие от ситуативной эмоции и аффекта, отражающих субъективное значение предметов в конкретных сложившихся условиях, чувства выделяют явления, имеющие стабильную мотивационную значимость.

**Чувство астеническое** – негативные эмоциональные состояния (подавленность, уныние, печаль, нелокализованный страх и пр.), свидетельствующие об отказе от борьбы с трудностями в ситуациях повышенной эмоциональной нагрузки; противоположны чувствам стеническим. О субъективном переживании астенических чувств может свидетельствовать, например, то, что человек сутулится, дыхание его замедляется, глаза тускнеют.

**Чувство стеническое** – положительные эмоциональные состояния, связанные с повышением уровня жизнедеятельности; характеризуются ощущением возбуждения, радостного волнения, подъема, бодрости; дыхание становится более частым, глубоким и легким, активизируется работа сердца; в целом организм подготавливается физиологически к большим затратам энергии. Противоположны чувствам астеническим.

### Ш

**Шизофрения** – психическое заболевание, характеризующееся глубокими изменениями личности (снижение активности, эмоциональное оскудение, аутизм, утрата единства психических процессов, нарушение мышления), различными продуктивными симптомами (бред, галлюцинации и др.).

### Э

**Эвтаназия** – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. К пограничным понятиям эвтаназии относятся дистаназия (применение максимальных мер по спасению больного), оротаназия (пассивная эвтаназия – отсутствие мер активной борьбы за жизнь), ятротаназия (отказ медицинского работника в помощи тяжелобольному).

**Эгоцентризм** – познавательная позиция личности, характеризующаяся сосредоточенностью на собственных целях, мыслях и переживаниях, а также ограниченной способностью воспринимать объективно внешние воздействия и состояния других людей; следует отличать от эгоизма: эгоист может отчетливо сознавать стремления и переживания других людей, но намеренно пренебрегает ими. Проявляется при некоторых психических заболеваниях (шизофрении, психопатии, истерии); является характерным симптомом раннего детского аутизма. В ряде психологических теорий эгоцентризм рассматривается как естественное и закономерное свойство ребенка на определенных этапах его развития.

**Эйфория** – эмоциональное состояние, для которого характерны беспричинная веселость и беспечность, снижение критичности, моторное возбуждение. У людей с нормальной психикой и сохранным интеллектом эйфория иногда наступает при кислородном голодании, а также в результате введения в организм небольших доз наркотических веществ. Эйфория нередко является одним из симптомов травм мозга (главным образом лобных долей), гипоксии при соматических состояниях (кровопотеря, сердечно-сосудистая или легочная недостаточность), а также некоторых психических заболеваний (в структуре маниакального синдрома), иногда отмечается при олигофрении.

**Экзогенный** – возникший по причинам, лежащим вне организма; таковы заболевания, связанные с травмой, инфекцией, неправильным режимом питания и т. д.

**Экспектация** – система ожиданий или требований относительно норм исполнения индивидом своих социальных ролей; представляет собой разновидность социальных санкций, упорядочивающих систему отношений и взаимодействий в микросоциуме; отличается от официальных предписаний, характер экспектации не всегда осознаваем.

**Экспертиза временной нетрудоспособности** – производится в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях. Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности

выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

**Экспертиза медико-социальная** – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. На освидетельствование направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе – вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4-х месяцев;
- при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях до 12 месяцев) для решения вопроса о продолжительности лечения или установления группы инвалидности;
- работающие инвалиды – для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

**Экспресс-группы** – группы, рассчитанные на 2 – 3-месячное пребывание инвалидов в реабилитационном учреждении с целью углубленной диагностики, определения индивидуальных возможностей и поиска наиболее эффективной программы реабилитации. Выделенные оптимальные методы работы апробируются и корректируются, выявляются направления интенсивного развития или интенсивной реабилитации. Это позволяет составить индивидуальную программу дальнейшей реабилитации по месту постоянного жительства инвалида.

**Экстрапирамидная система** – совокупность ядер головного мозга и двигательных внепирамидных (экстрапирамидных) проводящих путей, осуществляющая произвольную, автоматическую регуляцию и коррекцию сложных двигательных актов, регуляцию мышечного тонуса, поддержание позы, организацию двигательных проявлений эмоций. В состав экстрапирамидной системы входят премоторные отделы коры головного мозга, базальные ядра, ядерные образования мозгового ствола, мозжечок и др. При участии экстрапирамидной системы создается плавность движений и устанавливается исходная поза для их выполнения.

Большинство структур экстрапирамидной системы не имеет прямых выходов к двигательным нейронам спинного мозга, их влияние на них опосредовано в основном через ретикулоспинальный тракт, являющийся как бы общим конечным путем экстрапирамидной системы, а также через специальные пути, проводящие импульсы от ядер промежуточного мозга, среднего мозга и продолговатого мозга.

Поражение различных отделов экстрапирамидной системы проявляется различными (специфическими для каждого отдела) нарушениями двигательной сферы, такими как повышение мышечного тонуса, уменьшение двигательной активности, практическая обездвиженность при отсутствии параличей, резкое снижение двигательной инициативы при сохранности силы мышц и возможности полного объема движений, замедление походки, монотонность речи, амимия, тремор различной амплитуды, ритмичности и локализации, разнообразные непроизвольные, насильственные движения, вычурные позы, гримасы, спастическая кривошея и т. д., при этом не наблюдается клинических признаков поражения пирамидной системы и нарушений чувствительности. Причинами поражения экстрапирамидной системы могут быть различные заболевания головного мозга, гипертоническая болезнь, наследственные заболевания центральной нервной системы, черепно-мозговая и ли родовая травмы, интоксикации, опухоли и гематомы головного мозга глубокой локализации и др.

**Электросон** – метод электролечения, при котором осуществляется воздействие на головной мозг импульсными токами низкой частоты и малой силы. Лечебный эффект не зависит от развития физиологического сна во время процедуры, поэтому название метода не соответствует его сущности. Метод основан как на рефлекторном воздействии на головной мозг с рецепторов кожи век, подвергающихся слабому ритмичному раздражению импульсным током, так и на непосредственном влиянии на структуры мозга, что обуславливает седативный эффект. Это делает обоснованным применение электросна при заболеваниях, в основе которых лежат функциональные нарушения центральной нервной системы.

**Электрофорез** – метод воздействия на организм постоянным током и лекарственными веществами, вводимыми при его помощи через кожу или слизистые оболочки. Сочетание электрофореза с индуктотермией называется индуктоэлектрофорезом.

**Электроэнцефалография** – метод исследования функционального состояния коры и подкорковых образований головного мозга путем регистрации его электрических потенциалов.

**Эмоциональная лабильность** – склонность к легкой смене настроений, неустойчивость переживаний.

**Эмоциональная напряженность** – возбуждение, ощущение, что необходимо срочно что-то сделать, но неясно, что именно.

**Эмоциональное возбуждение** – особо высокая активность, повышенная готовность к действию.

**Эндогенный** – возникающий по причинам, лежащим во внутренней среде организма, внутреннего происхождения; противоположное понятие – экзогенный.

**Эндопротезирование** – замещение имплантатами (эндопротезами) элементов опорно-двигательного аппарата или частей органов, утративших свою функцию в результате травмы или заболевания. Применяется в различных областях хирургии с целью замещения крупных сосудов, клапанов сердца, мочеиспускательного канала, дефектов брюшной стенки и диафрагмы, хрусталика и др. В ортопедии и травматологии различают эндопротезы мягкотканых образований (связок и сухожилий) и замещение эндопротезами костей и суставов.

**Эндофтальмит** (от греч. endō – внутри и ophthalmos – глаз) – гнойное воспаление внутренних оболочек глазного яблока с образованием экссудата в стекловидном теле. Возникает в результате инфицированного ранения, особенно с внедрением в глазное яблоко инфицированного предмета, иногда после полостных операций на глазном яблоке как осложнение гнойной язвы роговицы и др., а также при септических процессах. Зрение резко ухудшается; нередко эндофтальмит приводит к гибели глазного яблока и установлению инвалидности.

**Энергия** – 1. Деятельная сила, настойчивость, решительность в действиях, в достижении цели.

2. Мера движения, мера способности производить работу – одно из основных свойств материи.

3. Общая мера различных видов движения и взаимодействия.

**Энурез** – недержание мочи. Встречается преимущественно в детском возрасте, чаще у мальчиков. Может выступать симптомом различных расстройств, в частности анатомических дефектов, воспалений и травматических повреждений мочеполовой системы. Чаще встречается неврозоподобный энурез, возникающий в результате раннего органического поражения нервной системы (травмы позвоночника, сотрясения мозга, менингоэнцефалита и др.). Энурез иногда выступает симптомом шизофрении, слабоумия. Лечение зависит от коррекции основного нарушения.



**Энурез ночной (ночное недержание мочи)** – непроизвольное мочеиспускание во время сна, встречается в ранние детские годы, реже – у подростков, мальчики страдают чаще, чем девочки. Причины разнообразны: патологические процессы в мочеиспускательных путях (цистит, сужение уретры, фимоз), аномалии развития позвоночника и спинного мозга, расстройство водного обмена, хронические заболевания с ухудшением общего состояния, психические травмы, неправильное воспитание в ранние годы. Основным патогенным фактором является ослабление нисходящих тормозящих влияний мозговых центров на спинальные центры мочеиспускания, особенно во время сна, чаще всего это обусловлено нервно-психическими нарушениями.

**Энцефалит** – воспаление головного мозга, инфекционное заболевание, возникающее вследствие проникновения в мозговую ткань болезнетворных микроорганизмов.

**Энцефалограмма** – запись электрической активности головного мозга или его отдельных участков в течение некоего промежутка времени, выполненная посредством специального прибора – энцефалографа (электроэнцефалографа).

**Энцефалограф (электроэнцефалограф)** – специальный прибор для исследования биоэлектрической активности головного мозга, фиксируемой посредством электродов, размещаемых на коже головы или непосредственно на коре мозга.

**Энцефалография** – метод исследования деятельности коры головного мозга путем регистрации его суммарной биоэлектрической активности, фиксируемой посредством электродов, размещаемых на коже головы или непосредственно на коре мозга.

**Энцефалопатия** – органическое поражение головного мозга не воспалительного характера. Возникает вследствие перенесенных травм, интоксикаций, инфекционных и сосудистых заболеваний головного мозга, эпилепсии. Характеризуется рядом симптомов: головная боль, раздражительность, снижение умственной работоспособности и др. В детском возрасте энцефалопатия нередко приводит к снижению памяти и интеллекта (вплоть до имбецильности). Лечение определяется спецификой заболевания, обусловившего энцефалопатию.

**Эпикриз** (от греч. epikrísis – суждение, решение) – обобщенное суждение о состоянии здоровья человека, о болезни, результатах оказания медицинской помощи, излагаемое на основании данных медицинского наблюдения и обследования и фиксируемое в отчетных медицинских документах. Составляется по соответствующему плану

после определенного этапа обследования и лечения больного (этапный эпикриз), при выписке из стационара (выписной эпикриз), переводе в другое лечебное подразделение (переводной эпикриз). Включает сведения о состоянии больного, диагнозе, развитии, особенностях течения и прогнозе болезни и ее осложнений, а также результатах лечения. Выписной эпикриз также содержит заключение о трудоспособности больного и рекомендации по его дальнейшему ведению. В случае смерти больного составляют посмертный эпикриз, завершающийся суждениями о причинах смерти.

В истории развития ребенка в форме эпикриза обобщаются результаты наблюдений за ребенком по достижении им 1-го года, 3 и 7 лет, а также при переводе под наблюдение в подростковый кабинет и в поликлинику для взрослых.

**Эпилепсия** (от греч. *epilēpsia* – схватывание, припадок) – хроническое нервно-психическое заболевание, проявляющееся в виде повторяющихся судорожных и безсудорожных припадков с помрачением сознания, а также постепенным развитием своеобразных черт личности (чрезмерный педантизм, вязкость мышления и поведения, резкая смена настроений и др.); чаще возникает в детском и подростковом возрасте, в сравнительно редких случаях – в зрелом и позднем возрасте. Выделяют идеопатическую эпилепсию, причина которой не установлена, и симптоматическую, возникающую при различных органических поражениях головного мозга. Эти две формы различаются не столько по характеру припадков, сколько по особенностям изменения личности, развивающимся в течение болезни, и наличию или отсутствию органического заболевания головного мозга. Для развития эпилепсии необходим постоянный очаг эпилептической активности в головном мозге, происхождение которого в значительной части случаев остается неизвестным. Клиническая картина характеризуется разнообразными эпилептическими припадками (большими эпилептическими, или судорожными генерализованными, припадками; малыми эпилептическими припадками, или абсансами; фокальными припадками), дизэнцефальными (вегетативными) пароксизмами и психическими расстройствами. У некоторых больных может наблюдаться только один вид припадков, у других – самые различные. Частота припадков варьирует от одного в течение многих месяцев и даже лет до нескольких припадков в течение дня.

- **Большой эпилептический припадок** – наиболее характерное проявление эпилепсии, его развитию нередко предшествует общее недомогание, головная

боль, подавленное настроение, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких суток. Сам припадок нередко начинается с особых предвестников (ауры) в виде внезапно возникающей тошноты, безотчетного страха или чувства восторга, обонятельных и зрительных галлюцинаций, ощущения изменения пропорции тела, проливного пота и др. Во время ауры больной не воспринимает окружающее, но содержание ауры сохраняется в его памяти. Обычно каждому больному присущ один и тот же, свойственный только ему вид ауры. Иногда припадок ограничивается только аурой, но чаще за ним развивается судорожная часть припадка с утратой сознания. Из-за тонического сокращения всех мышц больной падает, как подкошенный, издавая пронзительный стон (крик, вой), при падении возможны различные повреждения. Тонические сокращения мышц продолжаются и после падения, руки и ноги вытягиваются, поднимаются несколько вверх, челюсти сжимаются, зубы стискиваются, прекращается дыхание, лицо бледнеет, нередко отмечается непроизвольное мочеиспускание или дефекация. Тонические судороги продолжаются 15 – 60 секунд, затем появляются прерывистые сокращения мышц конечностей, шеи, туловища – клонические судороги, частота которых в течение 2 – 3 минут постепенно убывает, после чего наступает мышечное расслабление. Иногда больной сразу после припадка засыпает, в других случаях сознание постепенно проясняется; воспоминания о припадке не сохраняются, хотя следующие за ним разбитость, головная боль и боль в различных частях тела позволяют больному догадаться, что с ним произошло.

- **Малый эпилептический припадок** проявляется внезапной потерей сознания, сопровождается лишь клоническими судорогами отдельных мышц. Припадку может предшествовать аура. В связи с отсутствием тонических судорог больные, несмотря на потерю сознания, не падают. Во время припадка больной замолкает, лицо бледнеет, взгляд останавливается. Припадок продолжается несколько минут, воспоминание о нем отсутствует. Если припадок проявляется только

кратковременной потерей сознания (до нескольких секунд), его называют абсансом, больной при этом замолкает, лицо его застывает, а затем он продолжает прерванное занятие.

- **Фокальный (частичный) эпилептический припадок**, одной из форм которого является джексоновский припадок, начинающийся на одной половине тела тоническими или клоническими судорогами пальцев рук или ног, судорожным поворачиванием глазных яблок, головы и туловища в одну сторону. Сознание утрачивается на высоте припадка в тех случаях, когда генерализованные судороги захватывают все группы мышц и переходят на другую половину тела. Эти припадки наблюдаются обычно при симптоматической эпилепсии, если очаг поражения локализуется в височной доле или в ближайших к ней отделах. Как особая клиническая форма фокального припадка является кожевниковская эпилепсия. Она проявляется постоянными или с незначительными перерывами клоническими судорогами определенных групп мышц, периодически усиливающимися и заканчивающимися большим эпилептическим припадком.
- **Дизцифальные (вегетативные) пароксизмы** характеризуются внезапным проявлением озноба, побледнением или покраснением лица, слюнотечением, повышением артериального давления, головокружением, шумом в ушах, слезотечением. Обычно эти пароксизмы сопровождаются страхом, тревогой, иногда резкой слабостью. Продолжаются от нескольких минут до 1-2 часов. Нередко заканчиваются учащенными позывами на мочеиспускание, дефекацию, изредка чувством голода или жажды. О припадке больные, как правило, помнят.
- **Психические эквиваленты**. Нарушения психической деятельности при эпилепсии проявляются расстройствами настроения, сознания, а также психозами; поскольку эти состояния могут наступать вне связи с припадками, их часто называют эквивалентами. Большинство эквивалентов характеризуется внезапным началом и окончанием, однотипностью психических расстройств у одного и того же больного, непродолжительностью (от нескольких минут до

нескольких дней, реже – недель); часто сочетаются с помрачением сознания. Эпилепсию, протекающую только в виде эквивалентов, называют скрытой, или психической.

- **Сумеречное помрачение сознания** – наиболее частый вид измененного сознания при эпилепсии, может быть простым в виде амбулаторного автоматизма (непроизвольного блуждания, о котором не сохраняется воспоминания), просоночного сумеречного помрачения сознания (возникающего, если больной был внезапно разбужен во время глубокого сна), а также сопровождается бредом, галлюцинациями и другими симптомами. Особенностью галлюцинаторно-бредовых расстройств при эпилепсии является их устрашающий характер; характерен религиозный бред и бред преследования.

В детской неврологии применяется адаптированная международная классификация эпилептических припадков:

- **Парциальные (фокальные)**, среди которых выделяют парциальные припадки с вторичной генерализацией, сложные парциальные припадки и простые парциальные припадки без нарушения сознания. Последние делятся на двигательные (фокальные, или джексоновские, адверсивные, постуральные и миоклонические), сенсорные (соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, вестибулярные), припадки с вегетативными симптомами и припадки с психопатологическими феноменами (сумеречное сознание, автоматизмы, дисмнестические и пр.).
- **Генерализованные**, к которым относятся абсансы (типичные и атипичные), миоклонические припадки, атонические, клонические, тонические, тонико-клонические припадки.
- **Неклассифицированные припадки.**

Помимо разнообразных припадков и эквивалентов, генуинной эпилепсии свойственны изменения личности. У одних больных преобладают раздражительность и придирчивость, нередкоходящие до вспышек ярости, сопровождающихся агрессивными поступками, у других наблюдаются преимущественно такие черты, как робость, боязливость, преувеличенная почитательность и слащавость, а также склонность к самоуничижению при общении с

окружающими. Нередко эти противоположные черты существуют в характере одного больного. Больные эпилепсией – всегда сторонники справедливости и порядка, особенно когда это касается мелочей повседневной жизни, они очень любят поучать, советовать. Речь отличается многословностью при одновременном ограничении словарного запаса, неумением выделить в своем рассказе существенное, застреванием на мелких деталях; свойственно употребление в разговоре шаблонных высокопарных оборотов и уменьшительных слов. При разговоре в первую очередь говорят о себе и о своей болезни, а также о своих близких родственниках, которых склонны хвалить и к которым относятся с большой почтительностью. См. также **Эпилептиформный синдром, Эпилепсия симптоматическая, Эпилептическая реакция.**

**Эпилепсия симптоматическая** – эпилепсия, при которой очаговый или общий судорожный припадок является одним из симптомов органического поражения мозга. Особенности клинических проявлений судорожного припадка в некоторой мере помогают диагностике локализации очага поражения в мозге.

**Эпилептиформный синдром (эписиндром)** – комплекс психических нарушений, внешне похожих на эпилепсию, но имеющих органическое происхождение. В отличие от эпилепсии практически не приводит к специфическим изменениям личности. Является симптомом поражения центральной нервной системы, вызванного травмами и опухолями мозга, воспалительными заболеваниями и т. п. Требуется специального лечения и прекращается по мере купирования основного заболевания. При нерезко выраженных поражениях центральной нервной системы проходит к подростковому возрасту и без медицинского вмешательства.

**Эпилептическая реакция** – судорожный припадок, возникающий в ответ на сильные экзогенные воздействия – острые инфекции, токсические состояния, переутомление, черепно-мозговую травму и пр. К эпилептической реакции относят также фебрильные судороги, судороги при гипогликемии, ионного, водного и других видов обмена. В возникновении большое значение имеет наследственная или конституционально обусловленная высокая судорожная готовность. Судороги при эпилептической реакции обычно клонико-тонические, иногда с фокальным компонентом, протекают на фоне нарушенного сознания и внешне мало отличаются от эпилептических.

**Эпилептический статус** – двигательные судороги или повторные припадки без возвращения сознания между ними. По-

видимому, существует столько же видов статуса, сколько и разновидностей эпилептических припадков. Но решающее значение имеет статус судорожных припадков, представляющий угрозу жизни больного. Больные находятся в состоянии комы с частыми и постоянными судорогами. Без лечения эпилептический статус быстро осложняется дегидратацией, электролитными нарушениями, аспирационной пневмонией, нарушением сердечного ритма, вторичной аноксической энцефалопатией и гипотермией.

**Эписиндром** – см. **Эпилептиформный синдром**.

**Эргономика** – общее название группы наук, занимающихся комплексным изучением человека в производственной деятельности; тесным образом связана с дизайном техники, оборудования рабочих мест, интерьеров, средств и систем транспорта, визуальных коммуникаций и т. д. Решает вопросы оценки надежности, точности и стабильности работы человека-оператора; распределения функций между человеком и машиной (вспомогательными средствами); исследует влияние психической напряженности, утомления, стресса на эффективность труда; разрабатывает методы и средства отбора и обучения специалистов.

**Эрготерапия** – терапия посредством работы, занятий, направленная на восстановление нарушенных функций и независимости лиц, которые в силу ослабленного здоровья не могут осуществлять уход за собой, вести продуктивную деятельность и проводить свой досуг. Синонимом понятия в англоязычных странах является «оккупационная терапия» или «занятость». В России этому понятию более соответствуют «социальная реабилитация» и «трудовая терапия», хотя эрготерапия подразумевает не только трудовую терапию, но и характеризует самые различные виды деятельности, встречающиеся в жизни каждого человека и придающие ей определенный смысл. Занятость в эрготерапии принято делить на активность в повседневной жизни, активность в работе и продуктивной деятельности, активность в игре, отдыхе и увлечениях.

Стратегия эрготерапевтического вмешательства базируется на научно доказанных фактах, что целенаправленная, имеющая для человека смысл активность (задача) помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические). Вмешательство осуществляется путем создания естественных, имеющих смысл для клиента ситуаций, способствующих развитию функциональных возможностей и необходимых для достижения поставленной цели. Цели эрготерапии:

- выявление имеющихся нарушений и восстановление либо развитие функциональных возможностей человека, необходимых для независимой жизни;
- максимально возможное восстановление способности человека к независимой жизни путем восстановления (развития) утраченных функций либо с помощью вспомогательных средств, либо адаптации окружающей среды;
- создание оптимальных условий для развития и самореализации человека с ограниченными возможностями.

Отличительной чертой эрготерапии является ее междисциплинарность, поскольку она использует знания нескольких дисциплин – педагогики, психологии, социальной педагогики, биомеханики, физической терапии. Другой особенностью данного метода реабилитации является то, что он осуществляется в условиях естественного окружения клиента (дом, детское учреждение, работа и пр.).

Эрготерапия базируется на следующих принципах.

1. Клиенту должна оказываться высококвалифицированная помощь, направленная на улучшение качества его жизни.
2. Наиболее важные ресурсы эрготерапии – сам клиент, и общая задача эрготерапевта и клиента – раскрыть и использовать собственный потенциал клиента и его желание достичь поставленной совместно цели.
3. Эрготерапевт – член междисциплинарной команды, включающей физического терапевта, социального педагога, дефектолога и других специалистов. Только в совместной работе могут быть достигнуты положительные результаты.
4. Клиента следует рассматривать в контексте окружающей среды с учетом их взаимного влияния.
5. Эрготерапевтический процесс – это активное, постоянное взаимодействие клиента, его ближайшего окружения и внешней среды.

**Эстетотерапия** – невербальная психотерапия, основанная на терапевтическом, корригирующем действии художественной формы и эстетических чувств. Эти воздействия могут быть пассивными (пациент – успокаивающийся художественными образами зритель) и активными (пациент действует, опредмечивая свое эмоциональное напряжение, трансформируя его в целенаправленную эмоцию вплоть



до катарсической разрядки). Это вариант эмоционально-стрессовой психотерапии, формирует на бессознательном уровне глубинные психологические установки оптимистического, жизнеутверждающего характера и обеспечивает мобилизацию внутренних защитно-приспособительных резервов организма, повышение уровня его деятельности.

В реабилитации инвалидов использование эстетотерапии предусматривает вовлечение их в художественно-эстетическую деятельность, осуществляемую путем организации концертов, смотров-конкурсов, фестивалей как для инвалидов, так и с их участием или только силами инвалидов.

**Этика медицинская** – раздел этики, объектом исследования которой являются морально-нравственные аспекты медицины. Этика медицинская охватывает широкий круг проблем, связанных с взаимоотношениями медработников с больными, их близкими, со здоровыми людьми, а также между собой в процессе оказания помощи больному.

**Этиология** (от греч. *aítia* – причина и *logos* – учение) – причина возникновения болезни или патологического состояния. Причиной болезни следует считать фактор, без которого она не может возникнуть ни при каких условиях. В ряде случаев одна и та же болезнь возникает под действием различных по своему характеру факторов; в этом случае говорят о полиэтиологичности данной болезни, т. е. она может быть вызвана разными причинами. В качестве факторов внешней и внутренней среды, которые могут явиться причиной болезни, выделяют физические (травма, термическое воздействие, ионизирующее излучение, атмосферные влияния и пр.), химические (кислоты, щелочи, яды и пр.), биологические (патогенные микробы, вирусы, различные эндогенные вещества) и социальные. Болезнь может быть вызвана также дефицитом в окружающей среде или в организме веществ, необходимых для жизнедеятельности.

Развитие болезни определяется не только наличием патогенного фактора, важную роль играют индивидуальные особенности организма (его реактивность, конституция, наследственность, возраст, пол и др.) и социальные факторы (изнурительный труд, неполноценное питание, антисанитарные бытовые условия, алкоголизм и пр.).

**Этиотропное лечение** направлено на устранение причины болезни (например антибактериальное лечение при инфекционных заболеваниях). Патогенетическое лечение направлено на процессы,

возникающие в течение развития болезни. Симптоматическое лечение направлено на отдельные проявления (симптомы) болезни.

**Эффект аудитории** – присутствие публики, даже пассивной, само по себе влияет на скорость обучения или на выполнение задачи. Во время обучения присутствие зрителей скорее смущает испытуемого, но если решение освоено или в тех случаях, когда требуется физическое усилие, присутствие публики облегчает дело.

**Эффект Барнума.** Финеас Т. Барнум был основателем знаменитого цирка; его именем названа склонность людей принимать за чистую монету описания или общие оценки своей личности, если они преподносятся под научным, магическим или ритуальным «соусом»; применяется в психотерапевтической практике и психологической реабилитации.

**Эффект бумеранга** состоит в том, что при некоторых воздействиях источника информации на аудиторию или отдельных лиц получается результат, обратный ожидаемому; наблюдается преимущественно в психологии пропаганды и педагогической психологии. Как правило, он возникает, если подорвано доверие к источнику информации; передаваемая информация долгое время носит однообразный характер, несоответственный изменившимся условиям; субъект, передающий информацию, вызывает неприязнь у воспринимающих эту информацию и пр.

**Эффект Зейгарник** (от лат. effectus – действие, результат) – феномен памяти, в соответствии с которым эффективность запоминания материала зависит от степени и формы завершения действия. Лучше запоминается та информация, которая связана с оставшимся незаконченным действием, что получило в рамках левиновской школы следующее объяснение: доступ к следам памяти облегчается при сохранении той напряженности, которая, возникшая в начале действия, не разряжается при незаконченном действии.

**Эффективность** – соотношение произведенных затрат ресурсов и полученных результатов. Может выражаться в медицинских, социальных и экономических показателях отдельно или в совокупности.

**Эффективность реабилитации** – оценка реализации реабилитационного потенциала по завершению индивидуальной программы реабилитации.

См. также **Оценка эффективности реабилитации.**

**Эффективность социальной работы** – максимально возможное удовлетворение потребностей населения при минимальных затратах. Критериями эффективности выступают удовлетворенность

клиента общением со специалистом, удовлетворенность социального работника своей работой, уровень овладения профессиональной деятельностью социальным работником, соответствие цели достигнутому результату, адекватность затрат и результатов, близость идеальных и реальных достижений, разнообразие форм, методов и технологий социального обслуживания и пр.

**Эффлектор** – органы или системы органов, реагирующие посредством нейрогуморальных механизмов на действие внешних или внутренних раздражителей и выступающие в роли исполнительного звена рефлекторного акта. Например, сокращаемая под действием света круговая мышца радужной оболочки глаза является эффлектором зрачкового рефлекса.

**Эфферентный (эффлекторный)** – характеристика центробежности процессов нервного возбуждения, их направленности по нервной системе от центра к периферии, т. е. от центральной нервной системы.

**Эхолалия** – автоматическое повторение услышанных слов, когда вместо ответа больной повторяет обращенный к нему вопрос. Наблюдается у детей и взрослых при некоторых заболеваниях (шизофрении, поражении лобных долей головного мозга и пр.), но иногда встречается у нормально развивающихся детей как один из ранних этапов развития и становления речи.

**Эхопраксия** – неконтролируемое подражательное, автоматическое повторение движений и действий других людей. Может проявляться в различных формах; чаще всего больной повторяет сравнительно простые движения, совершаемые перед его глазами, например поднятие руки, хлопанье в ладоши и пр. Наблюдается при шизофрении, поражении лобных долей головного мозга, органических заболеваниях мозга. Одна из форм эхопраксии – эхолалия.

## Я

**Ятрогения** – см. **Иатрогения**.

## Библиографический список

1. **Адаптивная** физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом): метод. пособие / под ред. А. А. Потапчук. – СПб.: СПбГАФК им. П. Ф. Лесгафта, 2003. – 228 с.
2. **Адлер, Г.** Лекции по аналитической психологии / Г. Адлер; пер с англ.– М.: Изд-во «Рефл-бук», 1996. – 281 с.
3. **Акош, К.** Помощь детям с церебральным параличом – Кондуктивная педагогика: книга для родителей /К. Акош, М. Акош; Институт социальной работы Ассоциации работников социальных служб; пер. с англ. С. Вишневской. – М.: Институт социальной работы, 1997. – 196 с.
4. **Алешина, Ю. Е.** Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 208 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
5. **Берн, Э.** Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных /Э. Берн; пер. с англ. А. И. Федорова. – СПб.: МФИН, 1992. – 448 с.
6. **Бреслав, Г. Э.** Цветопсихология и цветолечение для всех /Г. Э. Бреслав. – СПб.: Б&К, 2000. – 212 с.
7. **Бурлакова, М. К.** Речь и афазия / М. К. Бурлакова. – М.: Медицина, 1997. – 280 с.
8. **В помощь** преподавателю: метод. пособие / Н. Д. Уварова, Г. И. Кулгкнина, З. М. Ахметов, И. Г. Марковникова [и др.]. – М.: Всерос. учеб.-науч.-метод. центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 1999. – 108 с.
9. **Варганова, Т. С., Сметанкин, А. А.** Очерк истории развития биологической обратной связи как метода медицинской реабилитации: учеб.-метод. пособие / Т. С. Варганова, А. А. Сметанкин; НОУ «Институт БОС». – СПб., 2003. – 19 с.
10. **Вачков, И. В.** Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учеб. пособие / И. В. Вачков. – М.: Ось-89, 1999. – 176 с.
11. **Внедрение** адаптивной программы по освоению компьютерных технологий в профессиональное обучение подростков с проблемами здоровья (из опыта работы

- коллектива в направлении социального партнерства) / Л. В. Молдакишева, Е. Н. Богатырева, И. А. Усатых. – Березники, 2005. – 18 с.
12. **Волочков, А. А.** Понятие «субъект» и категория «активность» в рамках дискуссии о предмете современной психологии / А. А. Волочков // XX Мерлиновские чтения: В. С. Мерлин и системное исследование индивидуальности человека: материалы межрегион. юбилейной науч.-практ. конф., 19 – 20 мая 2005 г., Пермь / науч. ред. Б. А. Вяткин, отв. ред. А. А. Волочков; Перм. гос. пед. ун-т. – Пермь, 2005. – С. 111-121.
  13. **Григорьева, Л. П.** Дети с проблемами в развитии / Л. П. Григорьева. – М.: Академкнига, 2002.
  14. **Гринсон, Р. Р.** Техника и практика психоанализа /Р. Р. Гринсон. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1994. – 491 с.
  15. **Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная педагогика» / сост. Н. Д. Соколова, Л. В. Калашникова. – М.: ГНОМ и Д, 2001. – 448 с.**
  16. **Дети с проблемами в развитии (комплексная диагностика и коррекция) / Л. П. Григорьева, Л. И. Фильчикова, З. С. Алиева, М. Э. Бернадская [и др.]; под ред. Л. П. Григорьевой. – М.: ИКЦ «Академкнига», 2002. – 415 с.**
  17. **Детский церебральный паралич / В. А. Бронников, А. В. Одинцова, Н. А. Абрамова, А. А. Наумов, О. К. Малышева. – Пермь: РИЦ «Здравствуй», 2000. – 255 с.**
  18. **«Здоровая школа»: Сущностные и организационно-методические основы деятельности центра содействия укреплению здоровья обучаемых в образовательном учреждении: сб. науч.-метод. материалов / науч. ред. А. К. Колесников; авт.-сост. И. Г. Никитин, Б. М. Чарный; Перм. гос. пед. ун-т; Департамент образования и науки администрации Перм. обл. – Пермь, 2001. – 152 с.**
  19. **Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д.** Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – 310 с.
  20. **Зозуля, Т. В.** Основы социальной и клинической психиатрии: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Т. В. Зозуля. М.: Изд. центр «Академия», 2001. – 224 с.

21. **Зозуля, Т. В.** Социальная психиатрия: курс лекций / Т. В. Зозуля. – М.: Изд-во МГСУ, 2002. – 192 с.
22. **Ивановский, Ю. В.** Принципы использования метода биологической обратной связи в системе медицинской реабилитации: учеб.-метод. пособие / Ю. В. Ивановский, А. А. Сметанкин; НОУ «Институт БОС». – СПб., 2003. – 22 с.
23. **Исанова, В. А.** Нейрореабилитация: руководство по медико-социальной и педагогической реабилитации / В. А. Исанова. – Казань: Плутон, 2004. – 288 с.
24. **Кожарская, В. И.** Проблемы психосоциальной помощи неблагополучной семье в системе профилактики социального сиротства / В. И. Кожарская // XX Мерлиновские чтения: В. С. Мерлин и системное исследование индивидуальности человека: материалы межрегион. юбилейной науч.-практ. конф., 19 – 20 мая 2005 г., Пермь / науч. ред. Б. А. Вяткин, отв. ред. А. А. Волочков; Перм. гос. пед. ун-т. – Пермь, 2005. – С. 343-351.
25. **Краткая медицинская энциклопедия.** В 2 томах / под ред. академика РАМН В. И. Покровского. – М.: НПО «Медицинская энциклопедия», «Крон-ПРЕСС», 1994. Т. 1.– 544 с.: Т. 2. – 608 с.
26. **Краткий справочник по педагогической технологии** / авт. П. И. Арапова, И. В. Бабурова, Е. Ф. Баранова, Е. А. Осипова и др.; под ред. Н. Е. Щурковой. – М.: Нов. шк., 1997. – 64 с.
27. **Лабиринт души: психотерапевтические сказки** / под ред. О. В. Хухлаевой, О. Е. Хухлаева. – М.: Академ. проект, 2001. – 224 с.
28. **Лапланш, Ж.** Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис; пер. с франц. Н. С. Автономовой; науч. ред. А. М. Руткевич. – М.: Высш. шк., 1996.
29. **Лильин, Е. Т.** Детская реабилитология: избр. очерки / Е. Т. Лильин, В. А. Доскин. – М.: Изд. центр МБН, 1997. – 279 с.
30. **Маликов, Л. В.** Факторы социоэмоционального развития воспитанников интернатных учреждений / Л. В. Маликов // XX Мерлиновские чтения: В. С. Мерлин и системное исследование индивидуальности человека: материалы межрегион. юбилейной науч.-практ. конф., 19 – 20 мая 2005 г., Пермь / науч. ред. Б. А. Вяткин, отв. ред. А. А. Волочков; Перм. гос. пед. ун-т. – Пермь, 2005. – С. 351-358.

31. **Мартынов, Ю. С.** Нервные болезни: учеб. пособие / Ю. С. Мартынов. – М.: Медицина, 1988. – 496 с.
32. **Мастюкова, Е. М.** Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е. М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.
33. **Матафонова, Т. Ю.** Психологические аспекты инвалидности / Т. Ю. Матафонова, В. А. Бронников, М. С. Надымова // XX Мерлиновские чтения: В. С. Мерлин и системное исследование индивидуальности человека: материалы межрегион. юбилейной науч.-практ. конф., 19 – 20 мая 2005 г., Пермь / науч. ред. Б. А. Вяткин, отв. ред. А. А. Волочков; Перм. гос. пед. ун-т. – Пермь, 2005. – С. 270-276.
34. **Менделевич, В. Д.** Клиническая и медицинская психология: практ. руководство /В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
35. **Михеев, В. В.** Нервные болезни /В. В. Михеев, П. В. Мельничук. – М.: Медицина, 1981. – 544 с.
36. **Моисеев, А. М.** Заместитель директора школы по научной работе: Новая должность в современной школе: предназначение, полномочия, технология деятельности: метод. пособие для руководителей образовательных учреждений / А. М. Моисеев, О. М. Моисеева; под ред. М. М. Поташнина. – М.: Нов. шк., 1996. – 144 с.
37. **Некрасова, Е. А.** Краткий справочник по психотерапии /Е. А. Некрасова. – Ростов-н/Д: Феникс, 2003. – 192 с.
38. **Овчаренко, В. И.** Психоаналитический глоссарий / В. И. Овчаренко. – Мн.: Высш. шк., 1994. – 304 с.
39. **Овчарова, Р. В.** Справочная книга социального педагога / Р. В. Овчарова. – М.: ТЦ «Сфера», 2001. – 480 с.
40. **Организация** и планирование воспитательной работы в специальной (коррекционной) школе-интернате, детском доме: пособие для воспитателей и учителей / Е. Д. Худенко, Г. Ф. Гаврилычева, Е. Ю. Селиванова, В. В. Титова. – М.: АРКТИ, 2005. – 312 с.
41. **Переверзева, Н. А.** Паллиативная медицина в г. Перми / Н. А. Переверзева // Теория и практика социальной работы: тезисы докл. науч.-практ. конф. / Перм. ун-т. – Пермь, 2002. – С. 50 – 52.

42. **Петрухин, А. С.** Неврология детского возраста: учебник / А. С. Петрухин. – М.: Медицина, 2004. – 784 с.
43. **Психогимнастика** в тренинге / Институт тренинга; под ред. Н. Ю. Хрящевой. – СПб.: Речь, 2000. – 256 с.
44. **Психолого-педагогическая** реабилитация детей с ограниченными возможностями: пособие для социальных работников, психологов, педагогов реабилитационных центров / под ред. С. А. Беличевой; консорциум «Социальное здоровье России». – М., 1998. – 210 с.
45. **Рабочая** книга школьного психолога / И. В. Дубровина, М. К. Акимова, Е. М. Борисова и др.; под ред. И. В. Дубровиной. – М.: Просвещение, 1991. – 303 с.
46. **Райкрофт, Ч.** Критический словарь психоанализа / Ч. Райкрофт; пер. с англ. Л. В. Тороповой, С. В. Воронина, И. Н. Гвоздева; под общ. ред. С. М. Черкасова. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995. – 288 с.
47. **Реабилитация** инвалидов. Словарь основных терминов и понятий / сост. Е. М. Старобина, Е. О. Гордиевская, К. А. Каменков, К. К. Щербина [и др.]; под ред. Е. М. Старобиной. – СПб.: Эксперт, 2005. – 94 с.
48. **Реабилитация** инвалидов с нарушениями функции опоры и движения / под ред. Л. В. Сытина, Г. К. Золоева, Е. М. Васильченко. – Новосибирск, 2003. – 384 с.
49. **Риман, Ф.** Основные формы страха /Ф. Риман; пер. с нем. Э. Л. Гушанского. – М.: Алетейа, 1999. – 336 с.
50. **Роджерс, К. Р.** Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: монография / К. Р. Роджерс; пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучкаревой; ред. И. Гришпун, С. Бобко, В. Ряшина. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с. – (Серия «Психологическая коллекция»).
51. **Руководство** по предупреждению насилия над детьми: учеб. издание для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов педагогических вузов / под ред. Н. К. Асановой. – М.: Изд. гуманит. центр «Владос», 1997. – 512 с.
52. **Садовникова, И. Н.** Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников: учеб. пособие /И. Н. Садовникова. – М.: Гуманит. изд. центр «Владос», 1997. – 256 с..



53. **Селевко, Г. К.** Технология развивающего образования / Г. К. Селевко. – М.: НИИ школьных технологий, 2005. – 192 с. – (Серия «Энциклопедия образовательных технологий»).
54. **Сидоренко, Е. В.** Мотивационный тренинг: практ. руководство /Е. В. Сидоренко; Институт тренинга. – СПб.: Речь, 2001. – 234 с.
55. **Скоромец, А. А.** Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей /А. А. Скоромец. – Л.: Медицина, 1989. – 320 с.
56. **Словарь** психолога-практика / сост. С. Ю. Головин. – Мн.: Харвест, 2001. – 976 с.
57. **Социальная** реабилитация инвалидов в регионе, пути ее реализации. Системно-методическое обеспечение процесса социальной реабилитации инвалидов: практическое пособие. В 2 ч. / Областной центр социальной реабилитации инвалидов. – Новосибирск, 1998.
58. **Социальная** реабилитация лиц с ограниченными возможностями и попавших в кризисную ситуацию в учреждениях социальной защиты населения: метод. пособие /Управление социальной защиты населения администрации Новосибирской области. – Новосибирск, 1999.
59. **Социальная** технология: содержание, описание, презентация / П. И. Блузь, А. А. Жуков, М. Ю. Кужельная, Л. Н. Шабанова. – Пермь: Центр социальных инициатив, 2005. – 32 с.
60. **Социально-педагогическая** реабилитация детей с ДЦП / под ред. Л. В. Мардахеева. – М.: Изд-во МГСУ, 2001.
61. **Социокультурная** реабилитация инвалидов: метод. рекоменд. / Министерство труда и социального развития РФ; Российский институт культурологии РФ; под общ. ред. В. И. Ломакина и др. – М., 2002. – 144 с.
62. **Справочник** по неврологии / Н. В. Верещагин, Л. К. Брагина, Н. С. Благовещенская и др.; под ред. Е. В. Шмидта, Н. В. Верещагина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 496 с.
63. **Справочник** по неврологии детского возраста / Б. В. Лебедев, В. И. Фрейдков, Г. Г. Шанько и др.; под ред. Б. В. Лебедева. – М.: Медицина, 1995. – 448 с.
64. **Ткаченко, В. С.** Основы социальной медицины: учеб. пособие. – М.: ИНФРА-М, 2004. – 368 с.

65. **Физическая** терапия и эрготерапия как новые для России специальности / сост. Е. В. Ключкова. – СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003. – 24 с.
66. **Холостова, Е. И.** Социальная реабилитация: учеб. пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Деменьева. – М.: Изд.-торг. корпорация «Дашков и К<sup>о</sup>», 2003. – 340 с.
67. **Хомская, Е. Д.** Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – СПб.: Питер, 2006. – 496 с.
68. **Цветкова, Л. С.** Восстановление высших психических функций (после поражений головного мозга): учебник для студентов высш. учеб. заведений / Л. С. Цветкова. – М.: Академ. проект, 2004. – 384 с.
69. **Цитренбаум, Ч.** Гипнотерапия вредных привычек / Ч. Цитренбаум, М. Кинг, У. Коэн; пер. с англ. Л. В. Ерашовой. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 192 с.
70. **Шерман, Р.** Структурированные техники семейной и супружеской терапии: руководство / Р. Шерман, Н. Фредман; авториз. пер. с англ. А. З. Шапиро; ред. Л. И. Дорогова. – М.: Независимая фирма «Класс», 1997. – 329 с.
71. **Штраус, И.** Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды / И. Штраус; пер. с нем.: Детский экологический центр «Живая нить». – М.: Моск. конноспортивный клуб инвалидов, 2000. – 102 с.
72. **Щеглов, Л. М.** Неврозы и сексуальные расстройства / Л. М. Щеглов. – СПб., 1996. – 195 с.
73. **Щеглов, Л. М.** Сексология и сексопатология: Врачу и пациенту / Л. М. Щеглов. – СПб.: РИЦ «Культ-информ-пресс», 1998. – 416 с.
74. **Ярская-Смирнова, Е. Р.** Социальная работа с инвалидами / Е. Р. Ярская-Смирнова, Э. К. Наберушкина. – СПб.: Питер, 2005. – 316 с.

*Учебное издание*

***Бронников Владимир Анатольевич  
Зозуля Татьяна Викторовна  
Кравцов Юрий Иванович  
Надымова Марина Сергеевна***

**Справочник по комплексной реабилитации инвалидов**

*Учебное пособие*

Редакторы *С. Б. Русиешвили; Л. Л. Савенкова; Н. И. Стрекаловская*  
Корректор *Л. И. Иванова*

Подписано в печать 20.02.2009. Формат 60x84/16  
Усл. печ. л. 33,1. Уч-изд. л. 31,5  
Тираж 100 экз. Заказ

Редакционно-издательский отдел  
Пермского государственного университета  
614990, Прмь, ул. Букирева, 15

Типография Пермского государственного университета  
614990, Прмь, ул. Букирева, 15