

DOI: 10.33910/1992-6464-2020-198-115-122

В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ДЕФЕКТА И ДИДАКТОГЕНИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Статья посвящена терминологическим и содержательным аспектам категорий «внутренняя картина дефекта» и «дидактогении», как состояний, вызванных некомпетентностью педагогов и психологов при обучении детей с ограниченными возможностями здоровья. Дидактогении в практике коррекционного педагога и литературе практически не представлены, в отличие от ятрогений, изучению и описанию которых посвящены работы Р. А. Лурии. Именно эти терминологические коллизии отражены авторами данной статьи. В работе произведен анализ становления понятия «внутренняя картина дефекта» и определено общее и различное с понятием «внутренняя картина болезни» — наиболее устоявшейся категорией, применяемой в медицине. Внутренняя картина дефекта рассматривается как субъективная система психических реакций на дефект с позиций обучающегося с ограниченными возможностями здоровья и субъективные представления о дефекте у коррекционного педагога, учителя, родителя.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, внутренняя картина дефекта, ятрогении, дидактогении, врачебные ошибки, педагогические ошибки, комплаенс.

V. Kalyagin, T. Ovchinnikova

THE INTERNAL PICTURE OF A DEFECT AND DIDACTOGENESIS IN STUDENTS WITH DISABILITIES

The article focuses on the terminological and meaningful aspects of such categories as “the internal picture of a defect” and “didactogenesis” as a condition caused by the incompetence of educators and psychologists in the education of children with disabilities. Didactogenesis lacks representation in the practice of a corrective teacher and in literature, unlike iatrogenesis that was described and studied by R. A. Luria. These ambiguities motivated the authors to conduct the present research. The authors examined the formation of the “the internal picture of a defect” concept and defined the common and different features it has with the concept of “the internal picture of a disease” — the most established category applied in medicine. The internal picture of a defect is defined as a subjective system of mental reactions of the student with disabilities to the defect and subjective ideas about the defect in their corrective teacher, teachers, and parents.

Keywords: the internal picture of a disease, the internal picture of a defect, iatrogenesis, didactogenesis, medical errors, pedagogical errors, compliance.

Актуальность темы настоящей публикации определяется растущим вниманием в коррекционной педагогике не только к методам и приемам обучения, технологиям коррекционной работы, но и к субъектам, участвующим в образовательном процессе. Теоретической основой такого подхода стала концепция внутренней картины дефекта (ВКД), восходящая к работе Р. А. Лурии,

изданной в 1935 году под названием «Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания» (ВКБ). Причастность авторов настоящей публикации к переносу концепции ВКД из медицины в коррекционную педагогику [8], впервые использовавших этот термин в контексте написания учебника «Логопсихология», и дальнейшее активное распространение термина в специальной

психологии побудило авторов подвести определенные итоги его применения. На основе осмысления использования категории другими авторами, исказившими смысл предложенного тезауруса, авторы посчитали необходимым провести работу над ошибками и внести разъяснения, способствующие пониманию предложенной категории в дефектологии.

Сосредоточенность на самой ВКД приводит к потере ее значения как механизма преодоления дефекта. Она теряет это свое значение, становясь как бы частью дефекта и целью коррекции, а не ее средством, что выразилось в появлении термина «внутренняя картина здоровья», но целью помощи является восстановление здоровья, а не его картины.

Прежде чем рассмотреть развитие обозначенной Р. А. Лурией темы в работах его последователей, следует уточнить некоторые с нашей точки зрения существенные характеристики обоснования автором ее актуальности. В целом публикация носит в значительной мере характер обмена с коллегами опытом и размышлениями над волнующей его проблемой, а также является страстным призывом к ее решению. О ее поисковом характере свидетельствует и стиль изложения материала, проявляющийся, в частности, в использовании разных терминов для обозначения одних и тех же явлений.

Поскольку обязательной для большинства работ по этой теме является ссылка на упомянутую книгу Романа Альбертовича Лурии, стоит обратить внимание на то, что в ряде публикаций ее авторство приписывается Александру Романовичу Лурии. Из этой неточности или небрежности следует, что, скорее всего, не все авторы знакомы с текстом книги, а значит, стоит уточнить ее содержание, чтобы лучше представлять ход развития его идей, в том числе приведших к возникновению понятия ВКД, тем более что в ряде случаев современные авторы вкладывают в нее представления о ВКБ, принадлежащие

уже последователям Р. А. Лурии в процессе разработки его концепции.

Р. А. Лурия рассматривал ВКБ в тесной связи с ятрогенными заболеваниями. Ятрогения — это «расстройство, вызванное врачом. Этот термин обычно употребляется для обозначения любого патологического состояния, физического или психического, которое было вызвано в результате попыток лечения» [1, с. 534]. Неправильное поведение медицинского работника, как правило, вызвано недостаточным вниманием к больному и профессиональной некомпетентностью, в том числе в отношении его ощущений и представлений о болезни. С помощью примеров ятрогений, приводящих не только к ухудшению состояния больного, но в некоторых случаях и к его смерти, Р. А. Лурия аргументирует необходимость изучения внутреннего мира больного. Под внутренней картиной он подразумевает субъективную сторону болезни, по сути рассматривая эти определения как синонимы. Он характеризует их содержание предельно широко, что многие его последователи, включая авторов настоящей публикации, рассматривают как перспективную основу развития концепции. Это касается и переноса идей Р. А. Лурии в дефектологию.

Термин ВКД был предложен авторами настоящей публикации в рамках раздела специальной психологии (логопсихологии) впервые в логопедии применительно к лицам с речевыми расстройствами по аналогии с термином медицинской психологии — ВКБ. Задача авторов состояла в том, чтобы привлечь внимание педагогов, не имеющих медицинского образования, к существующей проблеме — внутреннему состоянию человека, у которого есть тот или иной дефект. Мы исходили из того, что учет не только объективных показателей дефекта, но и субъективного отношения к нему во всей полноте позволяет сделать образовательный процесс обучающегося с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) более качественным и продуктивным.

По мере совершенствования и технологии диагностического инструментария в медицине и в педагогике, к сожалению, все чаще теряется сам человек с его отношением к болезни (дефекту), а остаются только его объективные цифровые характеристики. Еще в 30-е годы Р. А. Лурия предостерегал молодых врачей от опасности «потерять больного», если отдавать явное предпочтение результатам объективных исследований сведениям, получаемых от самого больного. Эта проблема также остро стоит и в специальной педагогике. Коррекционный педагог, выстраивая свою работу, часто не уделяет достаточного внимания субъективной картине дефекта, складывающейся у обучающегося с ОВЗ, обусловленной комплексом факторов, а значит, утрачивает целостность восприятия стоящих перед ним проблем, что существенно влияет на эффективность коррекционной работы. Учет особенностей ВКД может существенно повысить эту эффективность, а недостаточное внимание привести даже к негативным последствиям.

В мировой практике помощь лицам с ограниченными возможностями здоровья оказывают врачи и педагоги, и от их взаимодействия зависит результат этой помощи. Многолетнее сотрудничество в этом важном деле авторов настоящей публикации, врача и педагога, свидетельствует о том, что наряду со специфическими, свойственными каждой специальности, компетенциями большое значение имеют общие, позволяющие достигать взаимопонимания и согласованности действий. Рассматриваемая концепция с нашей точки зрения относится к таким компетенциям. Первые шаги по применению концепции ВКБ в дефектологии были сделаны в отношении лиц с нарушениями речи. Наиболее ранней работой в этом направлении была диссертация А. Б. Хавина «Отношение к своему дефекту индивида и его окружения (на модели заикания)» [18]. Автор рассматривает заикание как базовую модель взаимоотношений человека со своим дефектом. С помощью батареи психодиагностических

методик ему удалось показать значимость индивидуальных особенностей индивидуума для реагирования на имеющийся речевой недостаток, а также зависимость отношения к нему окружающих людей от характера переживаний своего дефекта.

Диссертационная работа Т. А. Виноградовой посвящена ВКБ больных с легкой формой афазии, в которой она рассматривает особенности субъективного отражения больными своего заболевания как одну из центральных в медицинской психологии. Ведущее место в изучении этой проблемы занимает анализ особенностей субъективного отражения больными своего заболевания, или ВКБ [2]. Это утверждение представляется справедливым и для специальной психологии. Автору удалось показать наличие особенностей нарушения мотивационной и эмоциональной сфер личности при различной локализации поражения головного мозга, вызывающих расстройства речи. Т. А. Виноградова обращает внимание на важное методологическое обстоятельство, связанное с тем, что ВКБ строит личность, и в случае расстройства личности, возможного при повреждении мозга, невозможно говорить о полноценной ВКБ. Это замечание существенно и в отношении детей, у которых личность еще только формируется.

Наиболее детально ВКБ при расстройствах речи и ее роль в диагностике и психотерапии была рассмотрена в 1996 году в диссертации В. А. Калягина [7]. Вслед за А. Б. Хавиным автор рассматривал заикание как базовую модель ВКБ при речевых расстройствах, обосновав такой выбор разнообразным характером его клинических проявлений, в том числе сочетаний речевой и психической симптоматики. Были изучены все компоненты ВКБ, выделенные к тому времени (сенситивный, эмотивный, интеллектуальный и волевой), показана возрастная динамика их изменений, индивидуальная вариативность, добавлен такой важный компонент, как фиксация на дефекте, впервые выявленный Г. Д. Неткачевым [13], способствующий фор-

мированию ВКБ. Выявлена зависимость степени фиксации на своем речевом дефекте от индивидуальных психических особенностей пациента; показана связь переживаний по поводу своего дефекта со степенью его тяжести; установлены закономерности возникновения тревожного комплекса и явлений социофобии. Показаны различия в проявлениях субъективного отношения к нарушению речи в зависимости от возраста. Был разработан метод оценки адаптивных стилей поведения в условиях интерперсонального взаимодействия как важного фактора успешности речевой коммуникации. Адаптирована методика оценки коммуникативных отношений R. Erickson и выделены в ней три субшкалы, характеризующие разные аспекты коммуникации. Показано, что методика может быть применена для оценки коммуникативных отношений не только заикающихся, но лиц с другими нарушениями речи, например, ринолалии, дисфонии. Предложена методика психотерапии с учетом выявленных особенностей ВКБ при речевых расстройствах.

В. В. Николаева внесла важное понятие о факторах возникновения ВКБ [14], которые могут быть полностью применимы к понятию ВКД. К ним относятся: а) сам дефект; б) ближайшее социальное окружение человека с ОВЗ; в) личность человека с ОВЗ. Очевидно, что при значимости всех трех решающим или ключевым фактором является личность человека с ОВЗ. Об этом свидетельствуют два крайних варианта реагирования на дефект: а) полное его игнорирование; б) ложный дефект при полном отсутствии его объективных проявлений. Она также расширила ее структуру, предложенную еще А. Гольдшедером [4], до четырех компонентов: 1) сенситивного, 2) эмотивного, 3) интеллектуального и 4) мотивационного, к которым позже были добавлены фиксация на дефекте [7] как факторе, способствующем образованию ВКД, а также возможность ее осознаваемых и неосознаваемых проявлений [17].

Необходимо обратить внимание на то, что концепция ВКБ разрабатывалась преимущественно в отношении взрослого контингента лиц с такими расстройствами, как афазия, заикание, нарушения голоса, и в меньшей степени в отношении детей, психика которых претерпевает существенные изменения в процессе развития, а согласно определению, дефект представляет собой «1. Недостаток. 2. Неспособность функционировать вследствие такого недостатка» [1, с. 230].

Поскольку подавляющее количество дефектологов оказывает помощь детям, следует отметить полезность для понимания механизмов ВКД работ Д. Н. Исаева, который показал, что переживания детей в ситуации болезни или дефекта носят менее развернутый характер, чем у взрослых, но при этом могут оказывать либо отрицательное, либо положительное влияние на результат оказываемой им помощи, а также на отношения в семье, успеваемость, становится причиной душевных конфликтов [5]. Образно говоря, ВКД ребенка носит его мама, что подчеркивает значимость при оказании ему психической помощи работы с родителями и другими близкими родственниками.

Существенный вклад в развитие концепции ВКД внесла Е. А. Гайдукевич, работа которой посвящена детям с детским церебральным параличом. В своей работе она рассматривает ВКД как отражение личностной реакции на дефект; автор выделила типы ВКД (астенический, компенсаторный, астено-компенсаторный, гиперкомпенсаторный, вытеснение), показала связь типов ВКД с тяжестью дефекта и предложила направления социально-психологической профилактики и коррекции неблагоприятных типов ВКД обучающихся с ДЦП, учитывающие детерминанты становления этих типов [3].

В силу того, что дефектолог не может воздействовать на биологическую основу дефекта, его действия преимущественно направлены на обучение человека с ОВЗ «жизни с дефектом», включающим компоненты:

- эмоциональный — принятие и понимание своего дефекта;
- когнитивный — осмысление программы собственного развития и становления;
- деятельностный — реализация активной конструктивной позиции в само-реализации.

Поскольку дефекты разнообразны по времени возникновения, степени выраженности и структуре, и в силу их перманентно неизменных проявлений в процессе коррекции требуется работа не только с человеком, имеющим ОВЗ, но и его родителями, если это ребенок, педагогами, учителями, специалистами, включая врачей, успешному взаимодействию с которыми будет способствовать знание ВКД человека с ОВЗ.

ВКД не следует понимать статично, пусть даже в виде развернутого, детального отображения дефекта в психике обучающегося с ОВЗ, — это механизм психического преодоления расстройства или адаптации к нему, действующий с учетом постоянного взаимодействия субъекта с его нарушением, окружающими людьми, включая родителей, педагогов и специалистов.

Важное место в обсуждаемой теме имеет проблема понимания другого человека, которое не ограничивается его познанием, оно включает также его принятие. В «Большом толковом психологическом словаре» под редакцией А. Ребера это качество понимания обозначено как «сочувственная оценка другого человека» [1, с. 81]. Следует отметить, что успешность помощи в значительной степени зависит от взаимного принятия участников этого процесса, а взаимное познание зависит от меры принятия друг друга.

Оценка субъективного отношения к дефекту осуществляется с помощью речи в виде беседы или использования различных опросников. И в этом случае необходимо считаться с тем, что речь, будучи очень важным средством познания человека, далеко не всегда является надежным инструментом познания. Например, если человек много-

кратно подчеркивает наличие у него переживаний с помощью так называемой эмоциональной лексики, это не обязательно свидетельствует о наличии этих переживаний. Он может неточно определять их характер или только изображать их наличие. С другой стороны, у детей наблюдается недостаточность словаря эмоций, в том числе при нарушениях речи, что мешает их описанию [9; 10]. В некоторых случаях дети отрицают переживания, несмотря на объективные их проявления в движениях и вегетативных реакциях на ситуацию. Явление алекситимии (потери способности идентифицировать собственные и чужие переживания) может быть свойственно и взрослым лицам с ОВЗ, что затрудняет оценку их ВКД [6].

Необходимость понимания человека с ОВЗ дефектологом — также важное условие формирования оптимальной ВКД для результатов проводимых педагогических мероприятий. Этому способствует, например, подписание согласия с предлагаемым педагогическим маршрутом, но при условии, что оно не станет только формальной процедурой.

Ятрогении и дидактогении. Поскольку мы рассматриваем преемственность между медицинскими и педагогическими терминами, то начнем с медицинского — ятрогении, или ятрогенные заболевания. Термин «ятрогения» (др.-греч. Ιατρος — врач и др.-греч. Γενεα — рождаю) предложил в 1925 году немецкий психиатр О. Bumke [19]. Как мы уже подчеркивали, Р. А. Лурия придает большое значение ятрогениям, тесно связывая их возникновение с пониманием ВКБ. Профилактике ятрогений посвящена девятая глава книги Р. А. Лурии, которую он начинает с того, что всякий врач независимо от своего желания оказывает на больного психотерапевтическое воздействие [11]. Очевидно, что это положение полностью приложимо и к поведению коррекционного педагога. Оно также соответствует известному этическому принципу *primum non nocere* — не навреди. Р. А. Лурия отмечает, что «не только слова, но и все поведение врача являются могучим

орудием влияния на больного и на течение его болезни» [11, с. 75]. Далее он настаивает, что «мы не должны и не можем полагаться только на природный такт и ум врача. Необходимо тщательно изучать эти ятрогенные заболевания, не скрывать от себя и от товарищей-врачей случаи, где негативная психотерапия имела место. Необходимо учиться на этих невольных врачебных ошибках...» [11, с. 76]. Собственно, следуя этому желанию, мы рассматриваем нашу публикацию как своеобразную работу над ошибками в развитии идей, высказанных в книге Р. А. Лурии.

Наличие сходной ситуации в педагогике привело к появлению производного от ятрогении термина «дидактогения». К дидактогениям относят психогении, вызванные неправильным профессиональным общением, некомпетентностью консультативной и диагностической работы педагогов и психологов, использованием и бесконтрольным распространением различного рода «педагогических инноваций», «неадекватных образовательных технологий» в практике педагогов. К дидактогениям относятся также нервно-психические расстройства, которые возникают у ребенка (родителя, педагога) после некомпетентных высказываний специалиста по поводу дефекта. В литературе авторство термина «дидактогения» ошибочно приписывается К. И. Платонову, в действительности оно принадлежит его сыну К. К. Платонову и впервые было употреблено им в 1937 году на основе опыта преподавания психологии курсантам летного училища [15]. Литературы по анализу педагогических ошибок и их негативных последствий, как и соответствующей медицинской, не слишком много. В большей мере этой теме уделяют внимание писатели в художественной литературе. В мировой литературе это произведения Ч. Диккенса или пронзительный роман Г. Гессе «Под колесами», в отечественной — «Детство Тёмы» Н. Г. Гарина-Михайловского. Сегодня эта тема представлена, например, в книге М. А. Мазниченко, которая направ-

лена на решение задачи преодоления педагогических штампов, стереотипов, предрассудков [12].

Сказанное возвращает нас к теме понимания другого человека и причинам негативных последствий непонимания человека человеком. Каковы психические механизмы ошибок? Часть из них только что была указана — это следование стереотипам, устоявшимся привычкам без учета меняющихся обстоятельств и, прежде всего, индивидуальных особенностей лиц с ОВЗ. В широком смысле все ошибки можно отнести к явлению апперцепции, определяемой как «зависимость восприятия от прошлого опыта, от общего содержания психической деятельности человека и его индивидуальных особенностей» [16, с. 24] в той ситуации, когда этот опыт не соответствует наличной ситуации. Существуют многообразные механизмы искажения поступающей нам информации. Приведем два из них. «Эффект Пигмалиона или Розенталя», который заключается в том, что мы приписываем человеку априорно заданные качества и в итоге видим только эти качества и даже провоцируем их проявление. Эффект Даннинга — Крюгера заключается в том, что люди с низкой квалификацией в силу недостаточности своих профессиональных знаний неспособны оценить свои ошибочные выводы и неудачные решения и, следовательно, их исправить [20].

Сегодня ситуация осложняется избытком информации, проверка которой является весьма затруднительной, а часто и невозможной, что провоцирует появление ложных представлений о действительности и снижает критическое осмысление этой информации.

Непосредственное общение с педагогом становится все более предметом роскоши. Использование дегитальных технологий в практике коррекционных педагогов и переход на онлайн-консультирование все больше и больше разводят педагога и обучающегося. В результате такого взаимодействия нарастает непонимание, накапливаются

артефакты, происходит возрастание напряженности, и в конечном итоге возникают дидактогении.

Приведем примеры характерных затруднений общения из медицинской практики. Врач подробно несколько раз объясняет больному, что в следующий раз он должен прийти к другому врачу, и в ответ слышит вопрос: «Так когда я должен буду прийти к вам?» В другом случае уже больной несколько раз повторяет врачу, что у него больше нет конкретного симптома болезни и, получив заключение, читает в нем, что симптом у него сохраняется. Аналогичные примеры взаимного непонимания можно привести и из педагогической практики. Полностью избежать их невозможно, но пониманием их природы можно уменьшить частоту проявлений.

Очевидно, что одного познания и понимания человека, включающего его субъективное отношение к дефекту, недостаточно для успешности оказываемой ему помощи. Важнейшим фактором успеха является формирование мотивационного или волевого компонента ВКД. Такой результат, необходимый педагогу, выражается в достижении готовности ученика к сотрудничеству и следованию даваемым ему рекомендациям. Для таких отношений существует специальный термин — комплаенс. В значительной мере комплаенс определяет эффективность и отдаленные результаты коррекционного воздействия на субъект, и в дефектологии он проявляется в переносе в жизнь навыков, приобретенных во время коррекционных занятий. Статистика свидетельствует, что многие родители детей с нарушениями игнорируют рекомендации специалистов, что в рамках нашей темы часто связано с недостаточным вниманием к субъективной картине дефекта. Достижение комплаенса возможно только в результате взаимопонимания и взаимоподдержки в процессе совместной коррекционной работы между всеми субъектами образовательного процесса с учетом их внутренней картины происходящего.

Но такое взаимопонимание невозможно без взаимодействия субъектов этого сотрудничества с учетом их внутренней картины происходящего. Стоит обратить внимание на то, что на самом деле мы питаем иллюзию того, что субъективной является только картина болезни или дефекта больного или человека с ОВЗ, а у врача и дефектолога она объективна. На самом деле получаемые нами сведения с помощью самых современных технических средств диагностики, например методов экспериментальной психодиагностики с применением сложных современных способов статистического их анализа, в голове конкретного специалиста непременно становятся субъективно окрашенными, пропущенными через сложный труднодостижимый механизм апперцепции.

Суммируем результаты проделанной работы над ошибками. Прежде всего отметим, что побудившие Р. А. Лурию к написанию книги проблемы медицины и дефектологии, несмотря на то, что со дня публикации прошло без малого 85 лет, сохраняет свою актуальность и сегодня. Вместе с тем обращение к ее истокам и последствиям свидетельствует о том, что высказанные в ней идеи получили за это время существенное развитие. Понятие о внутреннем мире человека и непосредственно его субъективном отношении к происходящим с ним событиям востребовано и активно используется сегодня, в том числе в дефектологии. И в этих отношениях оказалось два значимых участника — сам человек (субъект) и его «партнер». Соответственно, результаты их взаимоотношений определяются качествами его участников. Личность субъекта, будучи постоянным участником взаимодействия, диктует свои условия, меняющиеся «партнеры» — свои. Постоянство страдающего человека позволяет выделить общие черты этих отношений, что и было преимущественным предметом нашего рассмотрения. «Партнеры» создавали специфику взаимоотношений. «Партнерами» общения, конечно, являются ближайшие родственники, друзья, товарищи

в учебной группе, врачи и педагоги. Если в отношении с дефектами значительную роль играют «партнеры» общения, определяющие специфику взаимодействия, то в общении с другими людьми специфику вносит прежде всего личность страдающего человека. Необходимость профилактики дидактогений очевидна. Взаимодействуя с ребенком с ОВЗ и его родителями, педагог невольно осущест-

вляет психотерапию, но, не будучи к этому подготовлен, часто совершает ошибки, приводящие к дидактогениям и отсутствию *комплаенса*. Понимание ВКД, по нашему мнению, будет способствовать предотвращению дидактогений, которые сопровождаются нежеланием продолжать коррекцию и выполнять рекомендации специалиста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Большой толковый психологический словарь: В 2 т. Т. 1. (А-О); пер. с англ. / сост. А. Ребер. М.: Издательство АСТ; Издательство «Вече», 2001. 560 с.
2. *Виноградова Т. А.* Внутренняя картина болезни при локальных поражениях мозга (к проблеме самосознания): автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1979. 20 с.
3. *Гайдукевич Е. А.* Внутренняя картина дефекта в структуре самосознания подростков с детским церебральным параличом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб, 2019. 25 с.
4. *Гольдшейдер А.* Боевые вопросы врачевания. Л.: Гос. изд-во, 1929. 95 с.
5. *Исаев Д. Н.* Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь, 2004. 384 с.
6. *Калягин В. А.* Алекситимия взрослых заикающихся // Специальное образование: Методология, теория, практика. Сборник научно-методических трудов с международным участием / отв. ред. И. В. Прищепова. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2017. С. 126–130.
7. *Калягин В. А.* Внутренняя картина болезни при расстройствах речи и ее роль в психодиагностике и психотерапии // Психофизиология речи в норме и при патологии. СПб.: Полифорум, 2018. С. 176–430.
8. *Калягин В. А., Овчинникова Т. С.* Логопсихология. М.: Издательский центр «Академия», 2006. 320 с.
9. *Ковалева М. В.* Особенности логопедической работы по активизации эмотивной лексики в связном высказывании у воспитанников детского дома // Инклюзия и особый ребенок: система ценностей: Материалы XX Международной конференции «Ребенок в современном мире. Ценностный мир детства». СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2013. С. 335–338.
10. *Кондратенко И. Ю.* Формирование эмоциональной лексики у дошкольников с общим недоразвитием речи. СПб.: Каро, 2006. 240 с.
11. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 3-е изд., доп. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1944. 83 с.
12. *Мазниченко М. А.* Коррекция педагогической деятельности: учебник и практикум для академического бакалавриата. 2-е изд., испр. М.: Юрайт, 2018. 142 с.
13. *Неткачев Г. Д.* Заикание. Его сущность, причины, происхождение, предупреждение и лечение в детском возрасте и у взрослых. Новый психологический метод лечения. М.: тип. Вильде, 1909. 267 с.
14. *Николаева В. В.* Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. Л.: [б. и.], 1976. С. 95–98.
15. *Платонов К. К.* Краткий словарь системы психологических понятий. М.: Высшая школа, 1984. 174 с.
16. Психология. Словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. 2-е изд., испр. и доп. М.: Политиздат, 1990. 494 с.
17. *Ташлыков В. А.* Внутренняя картина болезни и ее значение для психологической диагностики при неврозах // Журнал невропатологии и психиатрии. 1989. № 11. С. 22–26.
18. *Хавин А. Б.* Отношение к своему дефекту индивида и его окружения (на модели заикания): автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.; Л., 1974. 16 с.
19. *Bumke O.* Der Arzt als Ursache seelischer Störungen // Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1925. Vol. 51. No. 1. S. 3. DOI: 10.1055/s-0028-1136333
20. *Kruger J., Dunning D.* Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments // Journal of Personality and Social Psychology. 1999. Vol. 77. No. 6. P. 1121–1134.