**Лекция 5. Теоретические основы специальной психологии. Предметное содержание психологии дизонтогенеза**

**Специальная психология**изучает закономерности психического развития и особенности психической деятельности человека с психическими и физиологическими недостатками. К таким закономерностям относится определенная последовательность стадии развития психики, наличие сензитивных периодов в развитии психических функций, последовательность развития всех психических процессов, роль деятельности в психическом развитии, роль речи в формировании высших психических функций, ведущая роль обучения в психическом развитии (исследования Власовой, Соловьева, Занкова).

Сензитивный – это период в жизни человека, создающий наиболее благоприятные условия для формирования у него определенных психологических свойств и видов поведения

Известный своей авторской методикой раннего развития итальянский педагог Мария Монтессори выделяла следующие сензитивные периоды развития:

* Сензитивный период развития речи (0-6 лет)
* Сензитивный период восприятия порядка (0-3 года)
* Сензитивный период сенсорного развития (0-5,5 лет)
* Сензитивный период восприятия маленьких предметов (1,5-6,5 лет)
* Сензитивный период развития движений и действий (1-4 года)
* Сензитивный период развития социальных навыков (2,5-6 лет)

*Выгодский выделил общую закономерность аномального развития реб. с недостаточностью того или иного типа – это возникновение вторичных дефектов в процессе психического развития у такого ребенка, а также он указал еще на одну закономерность проявляющуюся в затруднениях взаимодействия соц. средой и в наруш. связей с окруж миром всех детей, имеющих недостатки развития. Шиф формулирует эту закономерность так : «общим для всех случаев аномального развития является то, что совокупность порождаемых дефектом следствий проявляется в изменениях в развитии личности аномального ребенка в целом».*

**Специальную психологию** можно определить как психологию особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы) и проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение.

**Специальная психология –**это раздел психологической науки о закономерностях развития, воспитания, обучения и подготовки к социальной адаптации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии.

В центре внимания специальной психологии ­ дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностно-социальном развитии, а также лица старшего возраста, имеющие особые потребности в образовании (*Под образованием мы понимаем «процесс формирования облика человека»*).

Современная специальная психология исходит из того, что о недостатке, отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей данного человека общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т.е. когда налицо ограничение социальных возможностей.

В тесной связи со специальным образованием употребляется термин **реабилитация.**

Существуют различные подходы к определению понятия реабилитации (*сам термин "реабилитация''' происходит от латинского "'ability''' – способность, "rehabilitation" — восстановление способности*). Так, *в неврологии, терапии, кардиологии*под реабилитацией подразумеваются, прежде всего, различные процедуры (массаж, психотерапия, лечебная гимнастика и т.д.), в *травматологии и ортопедии* ­ протезирование, *в физиотерапии* ­ физическое лечение, в *психиатрии* – психо- и трудотерапия.

В Российской социальной энциклопедии **реабилитация** определяется как "*комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов*". Реабилитация инвалидов включает:

- медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования;

- профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной ориентации и трудоустройства;

- социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

**Актуальная задача реабилитационного процесса –**разработка эффективных методов восстановления личностных установок, направленных на преодоление последствий болезни у лиц, перенесших нервные и психические заболевания, тяжелые хирургические вмешательства и пр.

**Объектом** изучения и психологической помощи, оказываемой в системе специального образования, является человек с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности, имеющий вследствие этого особые образовательные потребности.

**Предмет** специальной психологии – закономерности развития и проявлений психики различных групп детей с нарушениями в развитии.

К числу **целей**специальной психологии относятся: коррекция недостатков, их компенсация психологическими средствами; реабилитация, в первую очередь, социальная и личностная.

К специфическим конкретным целям можно отнести и компоненты личностной реабилитации – воспитание чувства собственного достоинства, преодоление чувства малоценности, формирование адекватных форм социального поведения и др.

Для достижения указанных целей специальная психология решает целую систему **задач**:

1. раскрытие закономерностей развития и проявлений психики, общих для нормально развивающихся детей и детей с нарушениями в развитии;
2. исследование различных типов закономерностей отклоняющегося развития: общих – нарушения способности к приему и переработке, хранению и использованию информации, наруш словесной регуляции деятельности, замедленное формирование процессов обобщения и отвлечения, трудности символизации.
3. 2. изучение возможностей и путей компенсации дефекта (наличие сохранных функций, включение компенсаторных механизмов, спец обуч рассчитанное на зону ближ. развития, т.е потенциальные возможности ребенка.
4. исследование закономерностей развития и проявлений психики,специфичных для детей с нарушениями в развитии;
5. изучение нарушений в развитии и формировании конкретных форм психической деятельности и психических процессов у различных групп аномальных детей;
6. выявление путей, средств и способов компенсации нарушений в развитии у детей.

**Дадим определение:**

**К аномальным** (от греч. anomalos — неправильный) относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению общего развития. **Дефект**(лат. defectus — недостаток) одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Наличие того или иного дефекта еще не предопределяет аномального развития*. Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к дефекту развития, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы. Дефекты такого рода не нарушают общения с окружающими, не мешают овладению учебным материалом и обучению в массовой школе. Следовательно, эти дефекты не являются причиной аномального развития.*

*Дефект у взрослого человека, достигшего определенного уровня общего развития, не может привести к отклонениям, так как его психическое развитие проходило в нормальных условиях.*

Таким образом, аномальными считаются дети с нарушением психического развития вследствие дефекта и нуждающиеся в специальном обучении и воспитании. Современным эквивалентом термина «аномальные дети» являются термины ***«дети с ограниченными возможностями», «дети с особыми нуждами» и «дети с особыми образовательными потребностями»***

**К основным категориям аномальных детей относятся**:

* дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
* с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
* с тяжелыми нарушениями речи (логопаты);
* с нарушениями интеллектуального развития (умственно отсталые, дети с задержкой психического развития);
* с комплексными нарушениями психофизического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые и др.);
* с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

*Существуют и****другие группы детей****с нарушениями и отклонениями в развитии, например дети с психопатическими формами поведения; дети, которые не могут адаптироваться в школе, страдающие школьными неврозами. Особую группу детей, требующую к себе особого внимания психологов и педагогов, составляют одаренные дети.*

В специальной психологии выделяют следующие отрасли:

* Тифлопсихология – раздел специальной психологии, который изучает психическое развитие слепых и слабовидящих людей, пути и способы ее коррекции. Как наука, тифлопсихология сначала включала в своё содержание лишь психологию слепых. В настоящее время тифлопсихологии изучает и особенности людей с глубокими нарушениями зрения и с амблиопией и косоглазием
* Сурдопсихология – раздел психологии, изучающий закономерности развития психической деятельности людей с нарушениями слуха.
* Олигофренопсихология – раздел специальной и патопсихологии, изучающий структуру интеллектуального дефекта, особенности психического развития и возможности его коррекции у людей с тяжелыми формами недоразвитости мозга.
* Логопсихология ­ отрасль специальной психологии изучающая психологические особенности лиц с различными речевыми расстройствами.
* Псих.детей с ЗПР.
* Психология детей с нарушениями ОДА.
* Психология детей с расстройствами эмоц.-волевой сферы и поведения.
* Психология детей со сложными недостатками в развитии.

Методологические основы специальной психологии были заложены Л.С. Выготским, сформулировавшим принципы, отражающие законы психического онтогенеза.

1. Прижизненное опосредованное и произвольное формирование высших психических функций.
2. Зависимость строения психических процессов от способов их формирования: разные пути формирования ВПФ, в зависимости от характера повреждения функции, возможность формирования обходным путем.
3. Механизмы направления психической деятельности при дизонтогенезе подобны механизмам формирования психики в норме.
4. Психический дефект формирующийся в процессе дизонтогенеза имеет сложное многоуровневое строение и охватывает все стороны психической жизни.

*В человеческой культуре, в каждом обществе существует специально созданное пространство, которое включает в себя традиции и научно обоснованные подходы к обучению детей разных возрастов в условиях семьи и специально организованных образовательных учреждений.* Первичные отклонения в развитии приводят к выпадению ребенка их этого социально и культурно обусловленного пространства, грубо нарушается связь с социумом, культурой как источником развития. Столь же грубо на самых ранних этапах нарушается связь родителя и ребенка, так как взрослый носитель культуры не может, не знает, каким образом передать ребенку с нарушениями в развитии тот социальный опыт, который его нормально развивающийся сверстник приобретает спонтанно, без специально организованных дополнительных и специфичных средств, методов, путей обучения.

Данную закономерность следует рассматривать с точки зрения теории Л.С. Выготского о слиянии натуральной и культурной линии в формировании личности ребенка. Под натуральной линией Л.С. Выготский понимал биологическое созревание организма ребенка, под культурной – развитие через направленное обучение. Применительно к детям с нарушениями в развитии Л.С. Выготский говорит о явлении ***дивергенции –***несовпадении этих двух линий, что приводит к необходимости создания особых, «обходных» путей развития ребенка.

Самой лучшей характеристикой этой ситуации является метафора Л.С. Выготского о «социальном вывихе» ребенка с нарушениями в развитии как основной причине детской дефективности.

Определим, в чем именно нуждаются такие дети. Они нуждаются в том, чтобы:

– первичное нарушение в развитии было выявлено как можно раньше;

– специальное обучение начиналось сразу же после диагностики первичного нарушения в развитии независимо от возраста ребенка;

– в содержание обучения были введены специальные разделы, направленные на решение задач развития ребенка, отсутствующие в содержании образования нормально развивающегося сверстника;

– строились обходные пути обучения, использовались специфические средства и методы, которые не применяются в традиционном образовании;

– регулярно осуществлялся контроль за соответствием выбранной программы обучения реальным достижениям, уровню развития ребенка;

– пространственная и временная организация образовательной среды соответствовала возможностям ребенка;

– все окружающие взрослые были подготовлены и реально участвовали в решении задач реабилитации ребенка, их усилия были скоординированы;

– реабилитация средствами образования не заканчивалась периодом школьного обучения;

– процесс реабилитации осуществлялся квалифицированными специалистами, компетентными в решении развивающих и коррекционных задач.

***Структура дефекта*.**В основе данного понятия лежит выделение Л.С. Выготским системы дефектов. Его теория о сложной структуре аномального развития ребенка, системном строении дефекта отвергла представление об изолированном выпадении одной функции вследствие поражения какого-либо анализатора или заболевания ребенка. Дефект вызывает ряд отклонений и создает сложную структуру атипичного развития. Л.С. Выготский предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов:

– первичные – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и

– вторичные, возникающие опосредованно в процессе социального развития. Вторичный дефект является основным объектом в психологическом изучении.

***Коррекция****(от лат correcccio – исправляю)* – форма психолого-педагогической деятельности, направленная на исправление недостатков, отклонений в развитии детей. В специальной психологии термин употребляется в частном значении – исправление отдельных нарушений, например недостатков звукопроизношения, коррекция близорукости с помощью очков и т.д., и общем значении – коррекционно-воспитательная работа как система средств, направленная на сглаживание вторичных недостатков. В этом смысле коррекция должна осуществляться комплексом психолого-медико-педагогических средств с помощью специальных методов и с опорой на сохранные функции.

***Компенсация* –**это сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций. В основе компенсации лежат нейропсихологические механизмы замещения функций одних пораженных зон коры головного мозга другими.

*В процессе компенсации решающая роль принадлежит социальным факторам. По словам Л.С Выготского, в процессе компенсации вступает в действие «закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации».*

***Социальная адаптация*** – по отношению к детям с нарушениями в развитии это приспособление их к условиям жизни и труда в обществе, приведение индивидуального и группового поведения детей в соответствие с системой общественных норм. Близко к этому термину примыкает понятие «социальная реабилитация», под которым понимается включение детей с ограниченными возможностями в социальную среду. Оба этих понятия могут быть объединены термином «социализация».

В общие задачи социальной адаптации по отношению ко всем детям с особыми потребностями входят их оптимальная профориентация и трудоустройство, развитие адекватной самооценки и оценки окружающих.

**II.**

В 1927 г. Е. Швальбе впервые употребил термин *«дизонтогения»,*обозначая им отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии этим термином стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза в периоды, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

В настоящее время различают понятия *«дизонтогенез»*и *«дизонтогения».*

Дизонтогенез ­ это механизм отклоняющегося развития, и то время, как дизонтогения ­ это форма отклоняющегося развития.

Нарушения развития могут быть обусловлены биологическими и социальными факторами. По времени воздействия патогенные факторы подразделяют на *пренаталъные*(внутриутробные), *натальные*(действующие в период родов) и *постнаталъные*(послеродовые).

К *биологическим* факторам относятся врожденные пороки развития, генетическая патология (хромосомные синдромы и генные болезни), физические факторы (напр., отражение от снега), маловодие, вирусные, паразитарные и лекарственные интоксикации, травмы.

*Врожденные пороки развития (ВПР)*представляют собой стойкие морфологические изменения органа, части органа или участка тела, выходящие за пределы нормальных вариаций строения и нарушающие их функцию. На долю мутаций (генных, хромосомных и геномных) приходится более 30% всех пороков.

Хромосомные синдромы обусловлены *хромосомными* (в связи с нарушением структуры хромосомы) и *геномными* (связанными с нарушением численного состава хромосомного набора) мутациями, приводящими к генному дисбалансу. Для хромосомных синдромов характерен сложный или осложненный дефект (*умственная отсталость в сочетании с нарушением слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и т.д.*).

При генной патологии число и структура хромосом остаются неизменными. Под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды происходит мутация генов, нарушается цепь биохимических изменений в организме и возникают тяжелые заболевания, во многих случаях сопровождающиеся умственной отсталостью и сенсорными нарушениями.

Эндокринные заболевания и дефекты обмена у матери могут нарушать морфологическую дифференциацию органов плода.

Известно тератогенное влияние (нарушение эмбрионального развития под воздействием тератогенных факторов ­ некоторых физических, химических (в том числе лекарственных препаратов) и биологических агентов (например, вирусов) с возникновением морфологических аномалий и пороков развития) на плод вирусов краснухи, кори, цитомегаловирусов, бледной трепонемы, а также паразитов (листерий, токсоплазмы и др.), приводящих к сложным порокам развития.

Негативное влияние на развитие плода оказывают и многие лекарственные препараты. Некоторые антибиотики обладают патогенным действием, вызывая различные нарушения. Использование беременными транквилизатора талидамида приводит к множественным порокам развития у детей.

Большое значение имеет время повреждения: чем раньше действует патогенный фактор, тем более выражен объем поврежденных тканей. Плод особенно чувствителен к патогенным воздействиям в *критические периоды развития*. Первый критический период у человека ­ первая неделя после зачатия, второй ­ соответствует пяти­восьминедельному зародышу.

Отрезки времени, в течение которых возникает первичное нарушение органогенеза, ведущее к порокам развития получили название *тератогенетических терминационных периодов.*

Согласно Е. Швальбе, эти периоды различны для отдельных систем:

* мозг — 1,5­12 недели беременности;
* глаза — 2,5­8 недели;
* сердце — 2,5­8 недель;
* зубы — 6­12 недели;
* ухо — 7­12 недели;
* небо — 10­12 недели;
* конечности — 4­10 недели.

Характер нарушения зависит также от мозговой локализации процесса и степени его распространенности. Особенностями детского возраста является незрелость и большая, по сравнению со взрослыми, тенденция к росту и способность к компенсации дефекта. Поэтому при поражениях, локализованных в определенных центрах и проводящих путях, длительное время может не наблюдаться выпадения определенных функций. При локальном поражении компенсация, как правило, значительно выше, чем при дефицитарности функции. В первом случае компенсация идет за счет сохранности других систем мозга, во втором ­ общая недостаточность мозга ограничивает компенсаторные возможности.

Большое значение имеет интенсивность повреждения мозга.

Ряд проявлений дизонтогенеза связан с влиянием неблагоприятных социальных факторов. Чем раньше сложились неблагоприятные для ребенка социальные условия, тем более грубыми и стойкими будут нарушения развития.

К социально обусловленным видам непатологических отклонений развития относится так называемая микросоциально-педагогическая запущенность. Она проявляется в задержке интеллектуального и эмоционального развития.

*Депривация*(англ. *deprive*­ лишать) ­ недостаточность адекватных и соответствующих межличностных средовых переживаний, особенно в первые годы жизни, недостаток удовлетворения каких-либо потребностей. К нарушениям в развитии могут привести различные виды депривации. *Материнская (эмоциональная)*депривация возникает в раннем детстве в связи с недостаточностью контакта с матерью и клинически выражается в аффективных, невротических и психотических расстройствах, нарушениях речевого развития. *Сенсорная*депривация может обусловить нарушения умственного и речевого развития и внутренние невротические конфликты. *Социальная*депривация вызывает нарушения речевого развития, приводит к возникновению тяжелых неврозов и психозов.

К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится так называемое патохарактерологическое развитие личности ­ аномалия развития эмоционально-волевой сферы с наличием стойких аффективных изменений, вегетативной дисфункции, вызванная длительными неблагоприятными условиями воспитания и возникшая в результате патологически закрепившихся реакций протеста, имитации, отказа и т.д.

**III.**

Л.С. Выготский выделил две взаимосвязанные линии развития ­ *биологическую*и *социально-психическую.*Болезнь, вызывая, прежде всего нарушение биологической линии развития, создает препятствия для социально-психического развития ­ усвоения знаний и умений, формирования личности ребенка. Это положение послужило основой для выделения ВикторомВасильевичем Лебединским ряда психологических параметров, определяющих характер психического дизонтогенеза.

*Первый параметр*связан с функциональной локализацией поражения. Выделяется два вида дефекта: частный, обусловленный дефицитарностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи; общий, связанный с нарушением корковых и подкорковых регуляторных систем, обеспечивающих психическую активность, эмоциональное состояние и интеллектуальную деятельность.

*Второй параметр*дизонтогенеза связан с временем поражения. Чем раньше произошло поражение, тем выше вероятность явления недоразвития. Позднее возникновение нарушений нервной системы обусловливает явления повреждения с распадом структуры психической функции.

Временной фактор определяется также длительностью развития данной функции в онтогенезе. Повреждению чаще подвергаются функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития. Так, чаще повреждаются функции, имеющие подкорковую локализацию, формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано. Корковые функции с более длительным периодом развития при раннем воздействии вредности либо стойко недоразвиваются, либо задерживаются в своем развитии.

С параметром времени связана и другая вероятность поражения той или иной функции. В сензитивные периоды развития функции не только интенсивно развиваются, но и обладают наибольшей уязвимостью и неустойчивостью к патогенным факторам. Существуют периоды, в которых большинство психофизических систем находятся в сензитивном состоянии (от О до 3 лет, с 11 до 15 лет), и периоды, для которых характерна достаточная устойчивость. Период от 4 до 11 лет более устойчив по отношению к различным вредностям.

*Третий параметр*дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектами. Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л.С. Выготский предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные ­ нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств, детские церебральные параличи и др.), и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития.

Первичный дефект может иметь характер недоразвития, повреждения или их сочетания. Вторичное недоразвитие характерно для функций, непосредственно связанных с поврежденной (недоразвитие понимания речи у детей с нарушением слуха), а также для функций, находящихся в сензитивном периоде.

Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления от первичного дефекта. Чем сложнее психический процесс, чем больше опосредован он рядом межцентральных взаимодействий, тем больше факторов могут обусловить вторичные нарушения. Например, нарушение сенсорной стороны речи наряду со специфическими вторичными нарушениями обусловливает и задержку психического развития, которая будет проявляться в замедленном становлении логических форм мышления, эмоциональном недоразвитии и т.д.

*Четвертый параметр*дизонтогенеза связан с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза. В нормальном онтогенезе может быть выделено несколько типов межфункциональных взаимоотношений: явления временной независимости функции, ассоциативные, иерархические связи.

Явления временной независимости функции характерны для ранних этапов онтогенеза. На ранних этапах становления речи наблюдается независимость в развитии ее смысловой и фонетической сторон. Например, до двух лет линии развития мышления и речи идут раздельно, позднее, перекрещиваясь, они дают начало новой форме развития. Но это состояние относительно: независимая функция (речь—мышление) временно вступает в разносторонние связи с другими функциями, которые в дальнейшем будут играть для нее роль фона. Например, роль образных, аффективных компонентов на ранних этапах развития речи гораздо более значима, чем в речи взрослого человека.

Ассоциативные связи при нарушениях деятельности ЦНС могут стать инертными, вследствие чего возникает их *патологическая фиксация*, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. В познавательной сфере патологическая фиксация проявляется в виде различных инертных стереотипов, в личностной сфере чаще встречаются аффективные фиксации. Например, в норме страхи являются наиболее типичными аффективными проявлениями в возрасте 3­10 лет. При патологии страхи, фиксируясь, распространяются и на более поздние возрастные периоды и тормозят психическое развитие. Патологическая фиксация приводит и к нарушению своевременной инволюции (преобразование, которое является обратным самому себе) более ранних форм психической деятельности, также замедляя этим психическое развитие.

В большей степени при патологии страдает развитие сложных иерархических связей. Эти связи оказываются недоразвитыми, нестойкими, при малейших затруднениях отмечается их регресс. Например, у детей с задержкой психического развития, уже освоивших устный счет, при любом затруднении отмечается возврат к счету на пальцах. Такие явления встречаются и у здоровых людей при слишком сложном задании или при переутомлении, однако они носят временный характер. В случаях, когда регрессии обусловлены нарушением психических функций, они носят стойкий характер и требуют специальной коррекции.

Механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции ряда психических функций, временные и стойкие регрессии проявляются в диспропорциях развития ­ ***асинхрониях,***проявлениями которых являются:

1. ***ретардация***­ незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм. Это наиболее характерно для непрогредиентной умственной отсталости и задержки психического развития;
2. ***акселерация***отдельных функций, например, чрезвычайно раннее и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме;
3. сочетание патологической ***акселерации***и ***ретардации***психических функций, например,
4. сочетание раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием моторной и сенсорной сфер при раннем детском аутизме.

**IV.**

Специальная психология выглядит достаточно молодая наука.

Психические расстройства ранее рассматривались как наказание за какие-то грехи или как прямое проявление бесовства, что развязывало руки религиозным фанатикам. Лица с отклонениями преследовались, изгонялись, подвергались унижениям и физическому уничтожению. Проявление жалости к ним расценивалось как отступление от веры со всеми вытекающими последствиями.

В тех случаях, когда религиозное сознание трактует психическую аномальность как особый знак блаженности, отношение изменяется в иную сторону. Лица с отклонениями становятся объектами заботы и призрения. (Достаточно обратиться к этиологии русского слова «убогий», которое сегодня имеет откровенно негативный смысл. В своем первоначальном употреблении оно означало близость к Богу и тем самым фиксировало особый характер обращения с такими людьми. Практическое осуществление этого включало разнообразные запреты на всякого рода притеснения, попытки воспитывать при монастырях лиц с умственными и физическими расстройствами, приобщение их к посильным видам труда и самообслуживания).

Нельзя не отметить еще один источник знаний о природе отклонений в психическом развитии. Речь идет о художественной форме общественного сознания. Мировое и отечественное искусство и литература неоднократно обращались к образам персонажей с различными психическими нарушениями. Достаточно только сослаться на общеизвестные произведения таких авторов, как И. Репин, В. Суриков, В. Перов, М. Антокольский, Ф. Достоевский, Н. Гоголь, В. Короленко, А. Пушкин, А. Чехов, Л. Андреев, В. Гюго, А. Маршал, С. Болекаев, Н. Лесков, Б. Полевой, Н. Островский, К. А. Альшванг и многие др. Общим является стремление проникнуть во внутренний мир таких людей, раскрыть логику их поведения, дать через описание единичного картину всеобщей сущности природы человека независимо от состояния его психического здоровья.

Однако, все же первой наукой, пытавшейся понять природу отклонений, была медицина. Именно в области клиники стали накапливаться первые научные сведения о причинах и формах отклонений в психическом развитии.

Первые научные представления начали формироваться в процессе систематического обучения и воспитания детей с нарушениями в развитии. Подобная система стала складываться в Европе в XVIII столетии. Немаловажно отметить и достижения медицины того времени: отграничение умственной отсталости как стойкого состояния недоразвития от психических заболеваний, впервые произведенное французским психиатром Жаном-Этьеном Эскиролем.

Полученные практическим путем психологические знания представляли собой исключительно побочный продукт педагогической деятельности. Именно поэтому **период до конца XIX** столетия можно рассматривать как особый этап в развитии специальной психологии, который характеризуется ее «включенным» состоянием в коррекционно-педагогический процесс; этап, на котором она еще не выделилась в самостоятельную форму познавательной деятельности со своим предметом и методами.

Формированию специальной психологии в качестве самостоятельной дисциплины во многом способствовало развитие экспериментальной психологии во второй половине XIX века. Уже к 90-м годам начали формироваться прикладные отрасли психологии. Первыми практическими сферами, в которых пытались использовать психологическое знание, были клиника и школа. Дефектологическая практика по своему содержанию занимала промежуточное положение между этими двумя областями. Именно поэтому на становление специальной психологии как самостоятельной науки оказали сильное влияние *педагогическая и медицинская психология*.

В начале XX века клинический аспект в специальной психологии стал доминировать, т.к. первыми специалистами в этой только что народившейся области были врачи, и, прежде всего, психоневрологи. В конце XIX ­ начале XX века предметы специальной и медицинской психологии часто не разделялись, та и другая дисциплины распространенно обозначались термином «патологическая психология», которая не менее часто путалась с психопатологией.

Немаловажным фактором в становлении специальной психологии выступили успехи кинической медицины ­ офтальмологии, отоларингологии и детской психиатрии. В сферу специальной психологии постепенно внедряются экспериментальные методы исследования. Из клинической практики продуктивно заимствуются техники наблюдения и качественного анализа полученного материала.

Бурное развитие специальной психологии происходит в начале XX века. В этот период детство стало рассматриваться как сложный многомерный объект изучения. Именно в этот период создаются наиболее яркие работы по детской психологии, в частности по психологии игры и детского творчества, исследования 3. Фрейда, посвященные детской сексуальности, закладывают основы этнографии детства. В этот период возникает новая наука – педология, оказавшей сильное влияние на специальную психологию.

Из педологии в специальную психологию пришли принципы динамического, системно-комплексного и сравнительного анализа. Патологическая модель развития рассматривалась в педологии как неотъемлемый компонент знаний об общих закономерностях нормального процесса формирования детской психики.

В начале XX столетия в специальной психологии наблюдается активная внутренняя дифференциация. Первоначально, в соответствии со сложившейся системой обучения и воспитания аномальных детей, начинают складываться такие ее отрасли, как сурдопсихология, тифлопсихология и олигофренопсихология.

В конце XIX ­ начале XX века система обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии как в Европе, так и в России приобретает особую динамику. Открываются новые школы, приюты, санатории. Доминировавший клинико-биологический подход начинает активно дополняться социально-педагогическим. Именно в этот период появляются многочисленные научные работы, посвященные различным проблемам специальной психологии (Е. Маляревский, В.П. Кащенко, Е.К. Грачева, П.И. Ковалевский, А.В. Владимирский, И.Г. Оршанский, А.С. Грибоедов, А.А. Крогиус). В 1915 г. был опубликован двухтомный фундаментальный труд ГеоргияЯковлевичаТрошина «Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей».

Важную для специальной психологии роль сыграл ВладимирМихайловичБехтерев, создавший в одном из подразделений руководимой им Психоневрологической академии специальную лабораторию по изучению психики детей с отклонениями в развитии.

Специальной психологии принадлежит особая роль в становлении психодиагностики. Первые тестовые методики были созданы именно в рамках специальной психологии и предназначены для дифференциальной диагностики в системе отбора детей в коррекционные учреждения.

Бурное развитие специальной психологии в дореволюционный период России (П.П. Блонский, А.П. Болтунов, М.С. Бернштейн, Г.И. Россолимо, А.Ф. Лазурский, Г.И. Залкинд, А. М. Шуберт, Н.А. Рыбаков, А.П. Нечаев, Г.И. Челпанов, М.О. Гуревич, П.П. Соколов, М.Я. Басов и др.) было приостановлено до середины 20-х годов в связи со сложной политико-экономической ситуацией, сложившейся в результате революции, гражданской войны, массового голода и разрухи.

К середине 20-х годов научно-исследовательские работы начинают возобновляться. В Москве и Ленинграде они существовали в каждом районе и во многих школах.

Вопросами организации учебной и научно-исследовательской работы занимались два крупных наркомата ­ просвещения и здравоохранения. Центральным научно-исследовательским учреждением, возглавлявшим и координировавшим все российские изыскания в области специальной психологии, был созданный в 1919 г. Экспериментально-дефектологический институт.

Особое место в истории становления специальной психологии по праву принадлежит Л. С. Выготскому. Он придал специальной психологии характер сформированной науки с собственным предметом, методами, задачами и системой объяснительных принципов. **Л. С. Выготский не основал специальную психологию (как это часто утверждается), а способствовал ее окончательному оформлению и превращению в самостоятельную научную область.**

Результаты клинико-психологических исследований Л. С. Выготского составили основу созданной им культурно-исторической теории развития психики.

Научная деятельность Л. С. Выготского пришлась на вторую половину 20-х ­ первую половину 30-х годов. Если середина 20-х характеризовалась весьма интенсивным развитием науки, то к началу третьего десятилетия положение начинает меняться. Усложнение социально-политической ситуации в стране приводит к усилению идеологического диктата и политическим репрессиям. Запрещаются целые научные направления.

В это время гонениям подвергаются психотехника, социальная психология, психоанализ. Специальным постановлением ЦКВКП (б) «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» осн. 1936 г. ликвидируется педология. Имя Л. С. Выготского упоминается лишь в связи с безудержной критикой, не имеющей никакого отношения к науке. Его работы станут доступными широкому читателю лишь через двадцать лет — в середине 50-х годов.

Определенная активизация специальной психологии отмечалась в период Великой Отечественной войны и после ее окончания. Увеличение числа инвалидов остро поставило вопрос об их социально-психологической и трудовой адаптации. Вопросами реабилитации занимались многие отечественные психологи (А. Н. Леонтьев, А. В. Запорожец, Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн, Б. Г. Ананьев, А. Р. Лурия, Б. И. Коваленко, В. С. Мерлин и многие другие).

Со второй половины 50-х годов начинается возрождение психологической науки в СССР. Восстанавливаются в правах идеи Л.С. Выготского. Получает дальнейшее развитие специальная психология, ориентированная на практику обучения детей с психическими отклонениями. Тематика исследований в данной области преимущественно была связана с изучением познавательных процессов ­ восприятие, память, мышление и речь. По мере развития практики обучения и воспитания аномальных детей стало ясно, что чем раньше начинается коррекционное воздействие, тем выше его эффективность. Именно поэтому в предмет специальной психологии стали включаться дети дошкольного и преддошкольного возраста. Возрастной диапазон интересов специальной психологии увеличивается не только за счет дошкольников, но и лиц зрелого и пожилого возраста. В середине 60-х годов тема компенсаторных механизмов, анализируемых преимущественно на физиологическом уровне, постепенно сменилась на проблему социальной адаптации и реабилитации, общественного бытия взрослых инвалидов в широком аспекте: получение дальнейшего образования, профессиональное и личностное самоопределение.

Со временем трансформации подвергается и предмет разных разделов специальной психологии. От изучения выраженных форм той или иной патологии акцент смещается в сторону резидуальных характеристик. Так, например, первоначально объектом сурдопсихологии и тифлопсихологии были лишь глухие и слепые, по мере развития этих наук он стал включать в себя также слабослышащих и слабовидящих лиц.

Помимо внутренней модификации традиционных отраслей специальной психологии (тифло-, сурдои олигофрено-психологии) можно наблюдать формирование ее новых направлений, таких как психология детей с задержкой психического развития, психология лиц с патологией опорно-двигательного аппарата. Закладываются основы логопсихологии, психологии детей, выросших в условиях материнской депривации, реабилитационной психологии. Одновременно практика обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии отчетливо свидетельствует об изменениях в составе учащихся коррекционно-воспитательных учреждений. Основная особенность этих перемен заключается в усложнении структуры психических расстройств, проявляющемся в комбинированных сочетаниях разных аномалий. Эти нарушения создают качественно иные варианты отклоняющегося развития, не сводящиеся к простой сумме патологических элементов.

Наиболее часто встречают нарушение интеллектуального развития с одновременной патологией зрения и (или) слуха, расстройство опорно-двигательного аппарата в сочетании с умственным недоразвитием и т. д. Появление подобных форм сочетанной патологии с неизбежностью ставит вопрос о специфике обучения и воспитания подобных детей, а это, в свою очередь, стимулирует проведение исследований своеобразия их психического развития. Таким образом, закладываются основы новых разделов специальной психологии, возникающих на стыке традиционных.

Независимо от своеобразия предмета той или иной отрасли специальной психологии внутри каждой из них можно выделить несколько направлений исследовательской работы. **Первое** ­ клинико-психологическое, для которого наиболее характерно сопоставление полученных психологических данных с особенностями основного нарушения, его глубиной, этиологией и патогенезом. **Другое** направление ­ психолого-педагогическое; с его позиций ребенок с тем или иным отклонением рассматривается в контексте обучения и воспитания. **Третье** направление ­ социально-психологическое. Предметом его непосредственного изучения является ребенок не сам по себе, а характер его межличностных отношений, особенности процесса общения, групповая динамика, интерперсональное восприятие и т. п. Достаточно близко к указанному направлению примыкает реабилитационно-ориентированные исследования, сочетающие в себе элементы трех упомянутых сфер. В последнее десятилетие особенно актуальной становится проблема интегрированного обучения детей с отклонениями. Сама по себе ситуация обучения представляет особый класс условий протекания процесса психического развития, что открывает новые возможности для ребенка с особыми нуждами на пути его ранней социальной интеграции.

Наконец, четвертое направление, начинающее оформляться в самое последнее время, связано с усилением внимания к фактору семейного воспитания детей-инвалидов, а также с процессом интегрированного обучения. Его можно условно обозначить как консультативное. Содержание этого направления включает оказание квалифицированной психологической помощи родителям и учителям проблемных детей.

Специальная психология в нашей стране, как и психологическая наука в целом, развивалась преимущественно в рамках естественно-научной парадигмы. Основой этого подхода является ориентация на изучение общих законов. Индивидуальные вариации объединяются в типы, группы и виды. Важным условием этой парадигмы выступает воспроизводимость результатов, их закономерная повторяемость. Основным методом считается эксперимент.

Развитие европейской специальной психологии отличается от истории становления отечественной в силу разных социально-политических и экономических условий. Европейская специальная психология с самого начала своего существования пыталась рассматривать феномены нарушенного развития с нескольких теоретических позиций ­ психоаналитической, бихевиористской, гештальтпсихологической, когнитивистской, эклектической и др. Само формирование специальной психологии как самостоятельной отрасли произошло позже, чем в России. Тем не менее, существование этого раздела везде рассматривается только в рамках клинической психологии.

С самого начала своего возникновения европейская специальная психология сохраняет прикладную ориентированность. Академический, собственно исследовательский аспект специальной психологии представлен крайне узко.