**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**ТЕМА: «Специальная психология как отрасль психологической науки»**

**План – содержание:**

Введение 3

 1. Основные направления специальной психологии 5

1.1. Олигофренопсихология 7

1.2. Сурдопсихология 8

1.3. Тифлопсихология 8

2. Современные представления о нормальном и

отклоняющемся развитии 10

2.1. Общие закономерности отклоняющегося развития 13

3. Факторы психического развития человека 16

3.1. Механизмы генетических влияний 19

3.2. Соматический фактор 20

4. Виды отклоняющегося развития (дизонтогении) 24

4.1. Понятие о первичном и вторичном дефектах развития.

Учение о компенсации 25

4.2. Основные виды психического дизонтогенеза 27

Заключение 30

Библиографический список 31

**Введение**

Возникновение специальной психологии (от греч. *specialis -* особенный, своеобразный) как самостоятельной отрасли пси­хологической науки и практики можно отнести к 60-м гг. XX сто­летия. Тогда она появилась в перечне научных специальностей учебных вузов в разделе «Психология». Однако это было лишь формальное закрепление продолжавшегося уже многие десяти­летия становления этой своеобразной отрасли психологии, ко­торая вобрала в себя накопившиеся научные достижения и прак­тический опыт - все, что касается изучения феноменологии, механизмов и условий психического развития человека под воз­действием различных групп патогенных факторов, а также зако­номерностей протекания компенсаторных и коррекционных про­цессов.

До этого времени специальная психология являлась неотъемле­мой частью дефектологии - комплексной науки, включающей как разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, так и разработку научно обоснованных медико-психолого-педагогаческих коррекционных воздействий применительно к детям, имеющим различные недостатки в психофизическом и личностно-социальном развитии

**Психология специальная**  - отрасль психологии, изучающая людей, для коих характерно отклонение от нормального психического развития, связанное с врожденными или приобретенными дефектами формирования и функционирования системы нервной. Изучает различные варианты патологии психического развития, проблемы аномального развития психики. Отдельное внимание уделяет изучению особенностей умственно отсталых детей, имеющих поражения коры мозга головного, и детей с нарушением деятельности анализаторов, недоразвитием речи при сохранном слухе.

Психология специальная, как и педагогия специальная, входит в состав дефектологии - комплексной научной дисциплины, изучающей особенности развития детей с физическими и психическими недостатками и закономерности их воспитания и обучения.

Выявлено, что первичный дефект (например, глухота) вызывает многочисленные вторичные изменения психического развития, перестройку жизненной позиции, системы взаимоотношений с окружающими, мышления, восприятия и пр. На базе данных психологии специальной строится система обучения и воспитания людей с аномалиями психического развития, консультация профессиональная и отбор профессиональный.

Основной задачей психологии специальной является формирование адекватной личности в условиях применения специальных методов и приемов воспитания и обучения, за счет коих происходит замещение и перестройка нарушенных функций.

**1. Основные направления специальной психологии**

Наиболее рано сформировавшимися как в теоретическом, так и прикладных аспектах были такие направления специальной пси­хологии, как психология умственно отсталых (олигофренопсихология), психология глухих (сурдопсихология), психология слепых (тифлопсихология).

В настоящее время наблюдается тенденция к пересмотру кли-нико-психологических терминов и их замене терминами психо­лого-педагогическими (вместо «психология умственно отсталых» и «олигофренопсихология» все чаще употребляются термины «пси­хология детей с выраженными (стойкими) отклонениями в ин­теллектуальном развитии», «психология детей с недоразвитием познавательной сферы» и др. Помимо названных направлений со­временная специальная психология включает в себя: психологию детей с задержкой психического развития, психологию детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, пси­хологию детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, психологию лиц с нарушениями речи, психологию де­тей со сложными недостатками развития.

Кроме того, все чаще в образовательных учреждениях встреча­ются дети, испытывающие трудности социально-психологической адаптации и обучения вследствие тяжелых соматических заболева­ний (заболевания крови, органов дыхания, различные виды аллер­гий, желудочно-кишечные и сердечные заболевания и др.), а так­же в связи с последствиями тяжелых эмоциональных переживаний (посттравматические стрессовые расстройства - ПТСР), превы­шающих по своей интенсивности или длительности индивидуаль­ные адаптивные возможности ребенка (дети - свидетели или жертвы насилия, внезапная потеря близких или разлука с ними, смена при­вычной культурно-исторической и языковой среды обитания и др.).

Неуклонный рост числа сочетанных отклонений в развитии, увеличение количества детей с психогенными нарушениями, про­являющимися в аутизации, агрессивности, нарушениях поведе­ния и деятельности, тревожно-фобических расстройствах, иска­жениях процессов социализации, существенно затрудняют и ос­ложняют решение коррекционно-образовательных задач как, в общем, так и в специальном образовании.

Фактически в специальной психологической помощи нужда­ются не только дети, посещающие специальные образовательные учреждения, но и значительное количество детей, находящихся в дошкольных образовательных учреждениях общеразвивающего вида, а также учащиеся школ общего назначения. Следует при­знать, что в настоящее время в связи с усилением интеграцион­ных процессов в образовании, имеющих часто характер стихий­ности, в одном классе или дошкольной группе могут находиться самые разные категории детей, которые в свое время Л. С. Выгот­ским были отнесены к разряду «трудных». Это и дети «биологи­ческого риска», у которых отклонения в поведении и различных видах деятельности возникают вследствие какого-либо органиче­ского дефекта или длительных хронических заболеваний, и дети «социального риска», к которым кроме несовершеннолетних пра­вонарушителей, детей и подростков с нарушениями поведения в настоящее время правомерно отнести детей из детских домов и приютов, детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев. Последние, находясь в тяжелых социальных условиях, зачастую, будучи психосоматически ослабленными, оказываются в образо­вательном учреждении еще и в полной психологической изоля­ции по причине предубеждений этнического порядка, имеющих место как у детей и родителей, так иногда и у работников образо­вания.

Человек с недостатком в функции какого-либо органа (напри­мер, глухой или слепой), страдающий умственным недоразвити­ем, имеющий физические уродства, издавна привлекал к себе не только праздное любопытство обывателей, но и научный и чело­веческий интерес служителей церкви, анатомов, философов, пе­дагогов и писателей.

В известном романе В. Гюго «Человек, который смеется» опи­саны весь трагизм и одиночество человека, непохожего на других. О состоянии человека, вид которого вызывает у толпы зевак мало­достойные чувства, В.Гюго говорит: «Быть смешным по внешне­му виду, когда душа переживает трагедию, что может быть унизи­тельнее таких мучений, что может вызвать в человеке большую ярость?».

Даже сейчас, когда известны причины возникновения боль­шинства отклонений в психофизическом развитии, на восприя­тие людей с теми или иными проблемами в развитии оказывает влияние феномен «веры в справедливый мир» - у человека есть своего рода защитная реакция на несчастья: если они с кем-то случаются, то он этого заслуживает. В специальных экспериментах (М. Лернер) было показано, что чем сильнее страдает жертва, тем большую антипатию она вызывает и тем больше испытуемые склонны оправдывать ее мучения. Но если человек не является безучастным наблюдателем, а может реально помочь другому, демонстрируя свою силу, компетентность, ответственность, в этом уровень позитивного восприятия человека, имеющего аномалии, повышается. Отношение к детям, имеющим различные отклонения в раз-га, несет на себе печать длительной истории эгоизма и себялюбия общества, особенно явно проявлявшихся в годы инфантицида.

**1.1. Олигофренопсихология**

Олигофренопсихология - раздел психологии специальной, изучающий развитие психическое и возможности его коррекции у людей умственно-отсталых с тяжелыми формами недоразвитости мозга головного. Выявляет причины их отсталости умственной (врожденные дефекты системы нервной, результат болезни или травмы), изучает их психологические особенности, формы и степень выраженности дефекта, способствует созданию программ и методик их обучения во вспомогательных школах.

**1.2. Сурдопсихология**

Сурдопсихология - (психология глухих) - раздел психологии специальной, изучающий развитие психическое глухих и слабослышащих людей, возможности его коррекции в условиях обучения и воспитания, в частности — в условиях специального обучения. Ее задачи:

1) исследование путей предотвращения немоты у людей с дефектами слуха, исключающими нормальное речевое общение;

2) выявление особенностей их деятельности познавательной;

3) выяснение компенсаторных возможностей замены слухового восприятия зрительным, вибрационными ощущениями и пр.;

4) изучение особенностей мышления, памяти и других процессов психических, формирующихся в условиях отсутствия или недоразвитости слуховых ощущений.

При нарушении слуха не только существенно затрудняется формирование речи и мышления словесного, но и страдает развитие деятельности познавательной в целом.

Основной задачей сурдопсихологии является обнаружение компенсаторных возможностей, за счет коих можно преодолеть недостатки слуха, получить достаточное образование, обеспечить участие в деятельности трудовой.

Учет данных сурдопсихологии - необходимое условие организации обучения и воспитания глухих и слабослышащих детей, их производственной подготовки и трудоустройства.

**1.3. Тифлопсихология**

Тифлопсихология - (психология слепых) - раздел психологии специальной, изучающий закономерности развития деятельности психической индивида с полностью или частично нарушенным зрением:

1) развитие психическое слепых и слабовидящих людей;

2) пути и способы его коррекции при обучении и воспитании;

3) возможности компенсации нарушений восприятия зрительного с помощью других анализаторов - слуха и осязания. Также исследуются психические особенности восприятия, памяти и мышления в условиях дефицита информации, связанного с отсутствием зрения или его слабостью. Использование результатов тифлопсихологии позволяет на научной основе строить процесс обучения, воспитания и деятельности трудовой слепых и слабовидящих.

При таких нарушениях страдает не только ориентировка в пространстве, но, в силу замедленности и неполноты формирования сенсорного опыта, нарушается развитие мышления наглядно-образного.

Основной задачей тифлопсихологии является компенсация отсутствующего зрения за счет интенсификации работы других анализаторов (слуха, осязания), а также формирование чувства препятствия. Для построения адекватных образов предметов могут подключаться процессы воображения; при этом формирование памяти логической обычно опережает развитие памяти образной.

Особая часть тифлопсихологии - изучение психологии слепоглухонемых - людей с полной ранней потерей зрения и слуха, в обучении и развитии которых отечественная тифлопсихология и сурдопсихология добились заметных успехов (И. А. Соколянский, О. И. Скороходова, А. И. Мещеряков).

**2. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии**

Определение «степени нормальности» человека - сложная и ответственная междисциплинарная проблема. Личностно ориен­тированный подход, являющийся в настоящее время основной стратегией как отечественной, так и мировой системы образова­ния на всех его уровнях, требует от любого педагога владения необходимыми знаниями и навыками, позволяющими ему обес­печить «индивидуальную траекторию развития» не только так на­зываемого среднестатистического ребенка, но ребенка, отличаю­щегося яркой индивидуальностью и неповторимостью.

В связи с этим «норма» по отношению к уровню психосоци­ального развития человека все больше «размывается» и рассмат­ривается в различных значениях.

Статистическая норма- это такой уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д. Ориентация на статистическую норму развития тех или иных психических качеств особенно важна на этапе пер­вичной диагностики психического состояния ребенка при опре­делении характера основного нарушения, его выраженности. Обычно статистическая норма представляет собой определенный диапазон значений развития какого-либо качества (роста, веса, уровня развития интеллекта, отдельных его составляющих и т.п.), расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного квадратичного отклонения. Попадание в эту зону собственно средней статистической нормы означает уровень развития, свойственный не менее чем 68 % лиц данной возрастной категории, пола и т.д. Имеющиеся качественно-ко­личественные нормативы возрастного развития, обеспеченные соответствующей системой диагностических методов, позволя­ют квалифицировать с большей или меньшей точностью на­блюдаемые особенности детского развития как индивидуальные варианты нормативного развития или как «отклонения» (так называемая кривая Гаусса.). Чем дальше какая-либо характеристика развития человека от зоны средних величин, тем с большим основанием можно квалифицировать данный случай как отклонение (рис. 1).



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 68, 26% |  |
| 95,44% |
| 99,72% |

**Рис. 1. Процентное распределение слу­чаев под кривой нормального распре­деления Гаусса**

Ориентация на статисти­ческую норму важна, прежде всего, на этапе выявления не­достатков в развитии и оп­ределения меры их патоло-гичности, требующей специ­альной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и меди­цинской помощи.

Функциональная норма.В основе концепции функциональной нормы лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека, а также о том, что любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальным трендом развития каждого человека. Другими словами, это сво­его рода индивидуальная норма развития, которая является от­правной точкой и одновременно целью реабилитационной ра­боты с человеком, независимо от характера имеющихся у него нарушений. В данном контексте следует признать, что достиг­нутое состояние только тогда можно считать *нормой,* когда в про­цессе самостоятельного развития или в результате специальной коррекционно-педагогической работы наблюдается такое соче­тание взаимоотношений личности и социума, при котором лич­ность без длительных внешних и внутренних конфликтов про­дуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности и при этом в полной мере отвечает тем требованиям, которые предъявляет к ней социум в зависи­мости от возраста, пола, уровня психосоциального развития. Это своего рода гармоничный баланс между возможностями, желани­ями и умениями, с одной стороны, и требованиями со стороны социума - с другой.

Именно обретение ребенком такого баланса, несмотря на раз­личные первичные нарушения, и является основным критерием эффективности оказываемой ребенку помощи. Именно данное со­стояние можно рассматривать в качестве основного показателя душевного здоровья человека и рассматривать его в качестве кри­терия оптимального уровня социально-психологической адаптированности (текст 1).

Текст 1.

«...Мы считаем ребенка нормальным:

а) когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества; членом которого он является;

б) когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодо­левая возможные отрицательные влияния со стороны собственного орга­низма и средового окружения;

в) когда ребенок развивается в соответствии с требованиями обще­ства, определяющими как его актуальные формы поведения, так и даль­нейшие перспективы его адекватного творческого социального функцио­нирования в период зрелости.

Указанные три критерия нормальности необходимо учитывать при оценке нормальности или анормальности детей и подростков». Идеальная норма - это некое оптимальное развитие личности в оптимальных для нее социальных условиях. Можно сказать, что это высший уровень нормы функциональной.

**2.1. Общие закономерности отклоняющегося развития**

Вопрос об общих и специфических закономерностях отклоняющегося развития был поставлен Л. С. Выгодским в начале XX в. в связи с формированием дефектологии как комплексной науки о человеке, включающей разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, понимание которых является условием разработки научно обоснованных медико-психолого-педагогаческих коррекционных воздействий.

Междисциплинарная направленность сравнительного изучения вариантов индивидуального развития в норме и при патологии развития в значительной степени способствует выявлению общих и специфических закономерностей и механизмов, лежащих в основе многообразия их проявлений.

На протяжении 70 - 90-х гг. XX столетия накоплен большой объем клинико-физиологических материалов, раскрывающих этио­логию, патогенез и нейрофизиологические механизмы, лежащие в основе нарушений психических функций при разных формах от­клоняющегося развития. Начиная с 70-х гг. все большее распростра­нение получает нейропсихологический анализ отклоняющегося развития (А. Р. Лурия, Э. Г. Симерницкая, Т.В. Ахутина, А. В. Се­менович и др.).

В начале века немецкий психиатр К. Бонгеффер на примере срав­нительного изучения психических расстройств различной этиоло­гии пришел к выводу, что ответных реакций со стороны психики человека гораздо меньше, чем патогенных факторов, поэтому все­гда при любом типе нарушения можно наблюдать значительное количество общих реакций. Данный феномен был назван К. Бонгеффером «экзогенным типом реакции».

В конце XIX в. Дж. Джексоном, английским невропатологом, было разработано учение о послойном строении психической дея­тельности, в котором, в частности, была высказана идея о том, что любое психическое расстройство сопровождается так называ­емыми негативными «минус-симптомами», которые являются симптомами ущерба, изъяна, недостаточности психической дея­тельности на всех ее уровнях. В них в той или иной степени отра­жается специфика нарушения. Вторая группа симптомов - про­дуктивные, представляющие собой менее специфическую реак­цию организма на патогенное воздействие. Клинические исследо­вания позволяют говорить о том, что и продуктивные и негатив­ные симптомы скорее относятся к группе расстройств, имеющих общую этиологию и патогенез. Например, для психических рас­стройств органической природы обязательными негативными сим­птомами будут повышенная истощаемость, склонность к взрыв­ным эмоциональным реакциям, повышенной агрессивности. При нарушениях психогенной природы - это снижение энергетичес­кого потенциала и регрессивное развитие личности. Продуктив­ные, или позитивные, симптомы обусловлены повышенной ак­тивностью сохранных уровней психики с целью преодоления па­тологического состояния. Это могут быть истерические реакции, страхи, повышенное двигательное беспокойство и т.п.

Одним из первых общие закономерности отклоняющегося раз­вития применительно к различным видам психического дизонтогенеза были сформулированы В. И. Лубовским. Основным тезисом является доказательное постулирование наличия трех иерархичес­ких уровней закономерностей отклоняющегося развития.

1 уровень – закономерности, присущие всем типам дизонтогенетического развития;

2 уровень – закономерности, характерные для группы дизонтогенетического расстройства (например, возникших вследствие недоразвития анализаторных систем – зрительной, слуховой, кожной, двигательной) или имеющих своей основе раннее органическое повреждение головного мозга (умственная отсталость, задержка психического развития и т.д.);

3 уровень – специфические закономерности, присущие конкретному виду дизонтогенеза (общему стойкому психическому недоразвитию по типу умственной отсталости, или искаженному развитию по типу раннего детского аутизма).

**3. Факторы психического развития человека**

Факторами называются постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака. В рас­сматриваемом нами контексте мы должны определить виды воз­действий, влияющих на возникновение различных отклонений в психофизическом и личностно-социальном развитии человека.

Но сначала рассмотрим условия нормального развития ребенка.

Можно выделить основные 4 условия, необходимые для нор­мального развития ребенка, сформулированные Г. М. Дульневым и А.Р. Лурия.

Первое важнейшее условие - «нормальная работа головного мозга и его коры»; при наличии патологических состояний, возни­кающих вследствие различных патогенных воздействий, нарушает­ся нормальное соотношение раздражительных и тормозных про­цессов, затруднено осуществление сложных форм анализа и синте­за поступающей информации; нарушается взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека.

Второе условие - «нормальное физическое развитие ребен­ка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособно­сти, нормального тонуса нервных процессов».

Третье условие - «сохранность органов чувств, которые обес­печивают нормальную связь ребенка с внешним миром».

Четвертое условие - систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразователь­ной школе.

Проводящийся регулярно различными службами (медицин­скими, психологическими, образовательными, социальными) ана­лиз психофизического и социального здоровья детей показывает прогрессирующий рост численности детей и подростков с раз­личными отклонениями в развитии, здоровых по всем парамет­рам развития детей становится все меньше. По данным различных служб, от 11 до 70 % от всего детского населения на разных этапах своего развития в той или иной степени нуждаются в специаль­ной психологической помощи.

Л. С. Выгодский, являющийся выдающимся психологом и дефектологом, основоположником культурно-исторической теории развития психики человека, убедительно доказал, что «врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно еди­ный сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития - естественный и культурный - совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений взаимопроникают один в дру­гой и образуют, в сущности, единый ряд социально-биологическо­го формирования личности ребенка».

Биологические факторы Социальные факторы

Генетические факторы: Ранние (до 3лет)

Пренатальный, натальный, средовые воздействия

Ранний постнатальный периоды

Соматический фактор

 Индекс повреждения Текущие средовые воздействия

мозговых структур

**Рис. 2. Факторы риска недостаточности психофизического развития человека**

 По времени воздействия патогенные факторы делятся (рис. 2)

* пренатальные (до начала родовой деятельности);
* нахальные (в период родовой деятельности);
* постнатальные (после родов, прежде всего имевшие место в |период с раннего детства до трех лет).

Согласно клинико-психологическим материалам наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воз­действия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т.е. на ранних этапах эмбриогенеза, в начале беременности. Факторы, нарушаю­щие развитие ребенка, находящегося в утробе матери (включая - состояние здоровья матери), называются тератогенами.

К биологическим факторам риска, способным вызвать серьез­ные отклонения в физическом и психическом развитии детей; относятся:

* хромосомно-генетические отклонения как наследственно обус­ловленные, так и возникшие в результате генных мутаций, хро­мосомных аберраций;
* инфекционные и вирусные заболевания матери во время бере­менности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);
* венерические заболевания (гонорея, сифилис);
* эндокринные заболевания матери, в частности диабет;
* несовместимость по резус-фактору;
* алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно мате­рью;
* биохимические вредности (радиация, экологическое загрязне­ние окружающей среды, наличие в окружающей среде тяжелых металлов, таких, как ртуть, свинец, использование в агротехнике искусственных удобрений, пищевых добавок, неправильное ис­пользование медицинских препаратов и др.), воздействующие на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постна-тального развития;
* серьезные отклонения в соматическом здоровье матери, вклю­чая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность;
* гипоксические (кислородная недостаточность);
* токсикозы матери во время беременности, особенно во второй ее половине;
* патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;
* мозговые травмы и тяжелые инфекционные и токсико-дистро-фические заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте;
* хронические заболевания (такие, как астма, заболевания кро­ви, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и др.), начавшиеся в раннем и дошкольном возрасте.

**3.1. Механизмы генетических влияний**

Начало любому живому организму дает объединение материн­ских и отцовских клеток в новую клетку, которая состоит из 46 хро­мосом, объединенных при нормальном развитии в 23 пары, из которых впоследствии формируются все клетки нового организма. Сегменты хромосом называются генами. Информация, содержа­щаяся в генах одной хромосомы, содержит огромное количество сведений, превышающих объем нескольких энциклопедий. Гены содержат информацию как общую для всех людей, обеспечиваю­щую их развитие как человеческого организма, так и определяю­щую индивидуальные различия, в том числе появление тех или иных отклонений в развитии. За прошедшие годы накоплен ог­ромный материал, показывающий, что многие формы интеллек­туальной и сенсорной недостаточности генетически обусловле­ны. Динамика индивидуального развития и специфика созрева­ния различных психических функций в постнатальный период онтогенеза, безусловно, зависит от социокультурных влияний, однако эти влияния оказывают разное воздействие на мозговые структуры и их функционирование, так как генетическая про-амма их развития разворачивается последовательно, в соответ-вии с закономерностями созревания различных уровней нервной истемы, и в частности различных отделов головного мозга. Современные клинико-генетические сведения следует учитывать при изучении закономерностей становления различных психических функций в онтогенезе и при подборе тех или иных способов коррекции различных недостатков в развитии.

Появившаяся в последние десятилетия новая отрасль науки - эциобиология, находящаяся на стыке биологии, психологии и эциально-гуманитарных наук, ввела понятие «репродуктивный императив». Имеется в виду, что условием выживания любой популяции, в том числе и человеческой, является обязательное закрепление на генном уровне тех способов поведения и психиче-особенностей, которые служат сохранению популяции. Отношения «родитель-ребенок» рассматриваются социобиологами как первичный социум,эволюционно-генетическая задача, которого воспроизводство генов. Родительская привязанность в данном контексте рассматривается как величина, обратно пропорциональная уровню рождаемости: чем выше рождаемость, тем слабее родительская привязанность.

Эволюционно-генетической целесообразностью объясняется и происхождение альтруистическо-поведения по отношению к биологическим родственникам и братьям по виду.

С целью предупреждения детей с наследственной патологией развития проводятся генетические консультации, целью которых является определение схемы наследуемости того или иного патогенного признака и возможности его передачи будущим детям.

**3.2. Соматический фактор**

Наиболее рано возникающим состоянием нервно-соматической ослабленности, которая создает определенные трудности для пси­хофизического и эмоционального развития ребенка, является не­вропатия.

Невропатиярассматривается как полифакторное нару­шение врожденного происхождения, т.е. возникшего в период внутриутробного развития или в период родов. Ее причиной могут быть токсикозы матери первой и второй половины беременно­сти, патологическое развитие беременности, приводящее к угро­зе выкидыша, а также эмоциональные стрессы матери во время беременности.

Перечислим основные признаки невропатии (по А. А. Захарову):

Эмоциональная неустойчивость *-* повышенная склонность к эмоциональным расстройствам, беспокойству, быстрому возник­новению аффектов, раздражительной слабости.

Вегетативная дистопия(расстройство нервной системы, регу­лирующей работу внутренних органов) - выражается в различных расстройствах в функционировании внутренних органов: расстрой­ствах желудочно-кишечного тракта, головокружениях, затрудне­нии дыхания, тошноте и др. В дошкольнрм и школьном возрасте наблюдаются соматические реакции в виде головных болей, коле­баний давления, рвоты и т.д. при возникновении трудностей в адап­тации к детским учреждениям.

Нарушения снав виде затрудненного засыпания, ночных стра­хов, отказа спать днем.

А. А. Захаров утверждает, что на возникновение нарушений сна у детей влияет состояние повышенной усталости будущей мате­ри, психологическая неудовлетворенность матери брачными от­ношениями, в частности их стабильностью. Обнаружена большая зависимость данного симптома от эмоционального состояния ма­тери у девочек, чем у мальчиков. Отмечается, что при наличии у матери переживаний во время беременности по поводу отноше­ний с отцом девочки у ребенка наблюдается беспокойство в от­сутствие родителей во время сна, возникают требования спать вместе с родителями.

Нарушения обмена веществ, склонность к аллергии *с* различны­ми проявлениями, повышенная чувствительность к инфекциям. Отмечается, что аллергия у мальчиков и плохой аппетит связаны с состояниями,внутренней эмоциональной неудовлетворенности матери браком во время беременности.

Общая соматическая ослабленность, снижение защитных сил орга­низма- ребенок часто болеет ОРЗ, ОРВИ, желудочно-кишечными заболеваниями, заболеваниями дыхательной системы и др. При этом болезнь часто начинается с какого-либо сильного эмоцио­нального переживания (связанного, например, с трудностями адаптации к детскому саду или разлукой с близкими и т. п.

В развитии данного состояния большую роль играет общее со­стояние матери во время беременности, и в частности плохое эмо­циональное самочувствие, сильное переутомление, нарушения сна.

Минимальная мозговая ослабленность- проявляется в повышен­
ной чувствительности ребенка к различным внешним воздействиям: шуму, яркому свету, духоте, изменениям погоды, поездкам на транспорте.

В развитии данного состояния, по имеющимся данным, также играет роль общее плохое состояние матери во время беременно­сти, сильные испуги, страх перед родами.

Психомоторныенарушения(непроизвольное обмачивание bq время дневного и ночного сна, тики, заикание). Данные наруше­ния, в отличие от подобных нарушений, имеющих более серьез­ные органические причины, с возрастом, как правило, проходят и имеют выраженную сезонную зависимость, обостряясь весной и осенью.

Возникновению у ребенка данных нарушений способствуют физические и эмоциональные перегрузки матери во время бере­менности, нарушения у нее сна.

Первые проявления невропатии диагностируются уже на пер­вом году жизни, что проявляется в частых срыгиваниях, колеба­ниях температуры, беспокойном и часто измененном по времени суток сне, «закатываниях» при плаче. Невропатия является лишь базовым патогенным фактором, на фоне которого может постепенно развиваться снижение общей активности ребенка, в том числе и психической, замедляться темп психофизического созревания ребенка, что в свою очередь может способствовать задержке психического развития, нарастанию труд­ностей адаптации к социальным требованиям, негативным изме­нениям личности как в сторону повышенной зависимости от ок­ружающих, так и в направлении развития депрессивных состоя­ний, потере интереса к жизни.

При своевременной организации общеукрепляющих, оздоро­вительных мероприятий, включая комфортную психологическую атмосферу, с годами признаки невропатии могут уменьшаться.

При неблагоприятных обстоятельствах невропатия становится почвой для развития хронических соматических заболеваний, психоорганического синдрома.

Соматические заболевания являются второй по значимости (пос­ле органических повреждений головного мозга) причиной, вызы­вающей нарушения психофизического здоровья детей и затрудня­ющей их личностно-социальное развитие и успешное обучение.

**4. Виды отклоняющегося развития (дизонтогении)**

Термин «дизонтогения» был введен представителями клини­ческой медицины для обозначения различных форм нарушения нор­мального онтогенеза, возникающих в детском возрасте, когда морфофункциональные системы организма еще не достигли зрелости.

В большинстве своем это так называемые непрогредиентные болезненные состояния, своего рода пороки развития, подчиня­ющиеся тем же законам, что и нормальное развитие, но пред­ставляющие собой его патологическую модификацию, затрудня­ющую полноценное психосоциальное развитие ребенка без соот­ветствующей специальной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи.

По имеющимся данным, первым термин «дизонтогения» упо­требил в 1927 г. Швальбе для обозначения отклонений в форми­ровании структур организма в период внутриутробного развития. Соответственно в отечественной дефектологии, а ныне - специ­альной педагогике и специальной психологии долгое время был принят термин «аномалии развития». В период возникновения де­фектологии использовался термин «дефективные дети». В настоя­щее время в связи с переходом от субъект-объектной педагогики к субъект-субъектной, ориентирующейся, прежде всего на индивиду­альный тренд развития ребенка, во всем мире идет поиск наиболее гуманной терминологии по отношению к детям, имеющим те или иные недостатки в развитии.

Это широко распространившиеся, но очень неопределенные термины: «дети группы риска» (child at risk), «дети с особыми нуждами» (children with special needs), «дети со специфическими образовательными потребностями» (children with special educational needs), «плохо адаптирующиеся дети» (maladjusted children), «дети, имеющие особые права» (children with special rights) - и начинающий использоваться в отечественных офици­альных документах термин «дети с ограниченными возможностя­ми здоровья». Кроме того, как в отечественных, так и международ­ных документах, направленных прежде всего на создание равных возможностей для развития и образования детей с различными от­клонениями, используется термин «инвалиды» (disabled children).

**4.1. Понятие о первичном и вторичном дефектах развития.**

**Учение о компенсации**

Понятие о первичном и вторичном дефектах было введено Л.С. Выгодским. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Вторичные - имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у сле­пых и др.). Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биоло­гической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педаго­гической коррекции.

В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными на­рушениями. Если на начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является органический дефект, т. е. на­правление вторичного недоразвития «снизу вверх», то затем, в случае несвоевременно начатой коррекционно-педагогической ра­боты или при ее отсутствии, вторично возникшие явления пси­хического недоразвития, а также неадекватные личностные уста­новки, вызванные неудачами в различных видах деятельности, нередко начинают занимать ведущее место в формировании нега­тивного отношения к себе, социальному окружению и основным видам деятельности. Распространяясь на все более широкий круг психологических проблем, вторичное недоразвитие начинает ока­зывать негативное влияние на более элементарные психические функции, т.е. направление патогенного влияния начинает идти «сверху вниз».

Отталкиваясь от теории А. Адлера о значении различных «сла­бостей», недугов, дефектов для повышенного развития других функций, Л.С. Выгодский сформулировал основные положения методологии и практики стимулирования компенсаторных про­цессов у детей и подростков с различными видами психического дизонтогенеза.

Ключевым понятием теории А. Адлера является понятие «ком­плекса неполноценности», которое формируется у человека, с позиции А. Адлера, благодаря его вечному стремлению к пре­восходству и которое обеспечивает в конечном счете преодоле­ние имеющихся проблем в развитии.

А. Адлер называет его «вездесущее человеческое чувство непол­ноценности»: «...противоположность органической недостаточно­сти из желаний, фантазий, снов, т.е. психических стремлений к компенсации, столь всеобъемлюща, что можно вывести основ­ной психологический закон о диалектическом превращении орга­нической неполноценности через субъективное чувство неполно­ценности в психические стремления к компенсации и сверхком­пенсации».

Вслед за А. Адлером Л. С. Выгодский подчеркивает, что, несмот­ря на то, что сам дефект есть в большинстве своем факт биоло­гический, ребенок воспринимает его опосредованно, через труд­ности в самореализации, в занятии соответствующей социаль­ной позиции, в установлении отношений с окружающими и т.п. Другими словами, наличие какого-либо органического дефекта еще не означает «дефективность» ребенка с позиции функцио­нальной нормы развития. Влияние дефекта на самом деде всегда двойственно и противоречиво: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой – служит усиленному развитию других функций, которые могли компенсировать недостаток. Как пишет Л. С. Выгодский, «этот общий закон одинаково приложим к биологии и психологии орга­зма: минус дефекта превращается в плюс компенсации».

**Компенсация –** возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. При компенсации функций возможно вовлечение новых нервных структур, которые раньше не участвовали в ее осуществлении.

Компенсация недостаточности или повреждения каких-либо психических функций возможна только непрямым путем (непрямая или психическая компенсация), т.е. за счет создания «обходного пути», включающего либо внутрисистемные перестройки (использование сохранных компонентов распавшейся функции), либо межсистемные, когда, например, невозможность овладения слепыми оптической системой знаков, лежащих в основе письменной речи, компенсируется осязательным каналом, что делает возможным развитие письменной речи на основе осязательной азбуки (шрифта Брайля).

На личностном уровне компенсация выступает в качестве одного из защитных механизмов личности, заключающихся в интенсивном поиске приемлемой замены реальной или мнимой несостоятельности. Наиболее зрелым защитным механизмом является сублимация (лат. *sublime -* наверх, вверх). В результате запуска данного механизма происходит переключение энергии с неудовлетворенных желаний (особенно сексуальных и агрессивных) на социально одобряемую активность, приносящую удовлетворение.

**4.2. Основные виды психического дизонтогенеза**

Одной из первых научных технологий отклоняющегося развития можно считать классификацию, предложенную Л. С. Выгодским (текст 2).

Текст 2. Три типа дефекта

«Всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к центральной нервной системе и психическому аппарату ребенка. В деятельности нервной системы различают три отдельных аппарата, выполняющих различные функции: воспринимающий аппарат (связанны органами чувств), ответный, или рабочий, аппарат (связанный с различными органами тела, мышцами, железами) и центральная нервная система. Недостаток каждого из трех аппаратов по-разному влияет на раз тие ребенка и его воспитание. Соответственно этому, следует различать три основных типа дефекта: повреждение или недостаток воспринимающих органов (слепота, глухота, слепоглухота), повреждение или достаток частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки) и недостаток или повреждение центральной нервной системы (слабоумие).

В основе наиболее широко использующейся в настоящее время классификации видов психического дизонтогенеза, предложенной В. В.Лебединским, лежат представления отечественных и за рубежных ученых (Л.С. Выгодский, Г.Е. Сухарева, Л. Каннер) об основных направлениях качественно несводимых друг к другу нарушений психического развития человека:

**ретардация**(задержанное развитие) - запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимуществен но отдельных компонентов;

**дисфункция созревания** связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды;

**поврежденное развитие** *-* изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга;

**асинхрония**(искаженное развитие) - диспропорционально психическое развитие при выраженном опережении темпа и ков развития одних функций и запаздывании или выраженное отставании других.

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В. Лебединского.

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания:

* общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различ-эй степени тяжести),
* задержанное развитие (задержка психического развития). 'Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения типу повреждения:
* поврежденное развитие (органическая деменция),
* дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных си-ем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений:

* искаженное развитие (ранний детский аутизм),
* дисгармоническое развитие (психопатии).

В последние годы все больше появляется детей с так называв­ши сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепо-глухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т.п.), что дает основание выделять специфическую группу дизонтогений под названием «дети со сложными недостатками развития». Фактически сейчас все больше можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в дизонтогенезе ребенка.

**Заключение**

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.

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, обусловленные нарушениями здоровья.

Основной целью специального психологического сопровожде­ния в системе образования является выявление, устранение и пред­отвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с недостатками в психофизическом развитии и их возмож­ностями. Специальная психология содержит те знания, которые могут служить методической базой по созданию условий для оп­тимальной социально-психологической адаптации, включая даль­нейшее профессиональное самоопределение выпускников специ­альных образовательных учреждений.

Специальная психология как направление психологической нау­ки и практики - интенсивно развивающаяся область, стоящая на стыке c гуманитарных наук (.философия, история, со во, теология и др.), естественных наук (биология, а тика, физиология, медицина) и педагогики. Вместе с термином «специальная психология» в научный обиход вошло понятие коррекционная (специальная) педагогика».

**Библиографический список:**

1. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. - М.: Педагогика, 1973

2. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / Сост. Т.М.Лифанова. - М.: Просвещение, 1995

3. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. – Минск, 1998

4. Дети с отклонениями в развитии: Метод. пособие / Сост. Н. Д. Шматко. - М.: Аквариум, 1997

5. Дефектология: Словарь-справочник / Под ред. Б.П. Пузанова. - М.: Новая школа, 1996

6. Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л.П. Носковой. - М., 1993

7. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии / Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. - М., 1991

8. Лебединский В.В., Никольская О.С. Нарушения психического развития у детей. - М., 1985

9. Малофеев Н.Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии отечественной системы специального образования и государственной системы помощи детям с особыми проблемами // Дефектология. - 1997. - № 6. - С. 3-10

10. Основы специальной психологии / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др. – М., 2003

11. Петрова В.Г., Белякова И.В. К вопросу о разнообразии форм обучения детей с нарушенным интеллектуальным развитием // Дефектология. - 1995. - № 2. - С. 19-22

12. Специальная педагогика / Под ред. Н.М.Назаровой. - М., 2000. - С.247-278

13. Специальная психология: Хрестоматия. – СПб., 1999