

М. В. Жигорева

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Работа представлена кафедрой сурдопедагогики Московского государственного гуманитарного университета им. М. А. Шолохова.

В статье рассматриваются проблемы многоаспектного исследования детей со сложными (комплексными) нарушениями. Акцентируется внимание на выявление индивидуальных психологических особенностей и определения потенциальных возможностей развития детей этой категории.

Ключевые слова: комплексное нарушение, вариативность структуры дефекта, дизонтогенез, когнитивное развитие, этиология, неравномерность.

М. Zhigoreva

SPECIFIC FEATURES OF MENTAL DEVELOPMENT OF PRESCHOOL CHILDREN WITH COMPLEX DISORDERS

The article covers the problem of multidimensional examination of children with complex disorders. An emphasis is put on the exposure of individual psychological features and determination of potential possibilities for development of children of this category.

Key words: complex disorder, variability of a defect structure, dysontogenesis, psychical development, aetiology, non-uniformity.

Высокий уровень современных технологий по изучению развития детей различных категорий позволяет выделить более 20 видов сложных и множественных нарушений, в которых могут быть представлены сочетания первичных сенсорных, двигательных, речевых, эмоциональных нарушений друг с другом, а также сочетание этих дефектов с умственной отсталостью разной степени. Со времени появления первых публикаций по данной проблеме [1; 2; 3; 4; 7; 8; 11; 15; 17] накопилось довольно много научных данных. Между тем, на сегодняшний день имеется достаточно явно выраженное противоречие между актуальностью и значимостью данной проблемы, с одной стороны, и степенью ее разработанности в современной отечественной психолого-педагогической области – с другой, проявляющейся как на теоретическом, так и на практическом уровнях. Наличие этого противоречия обусловлено:

- недостаточной степенью понимания сущности сложного (комплексного) нарушения развития;
- малой изученностью своеобразия проявлений психического развития и скудностью

представлений о механизмах формирования психического дизонтогенеза у детей в условиях комплексного нарушения.

Исходя из сказанного, можно утверждать, что в психолого-педагогической плоскости остается не решенной проблема изучения специфических особенностей психического развития детей, и не разработаны как теоретические, так и прикладные аспекты поддержки и помощи детям, имеющим сочетание двух и более нарушений. Этим объясняется актуальность исследования, что в свою очередь определило направление нашей многолетней работы.

Для современного состояния области специальной психологии, относящейся к изучению детей, имеющих комплексные нарушения, характерно стремление глубже рассмотреть структуру сложного дефекта и полнее раскрыть особенности психического развития детей данной категории. Вопрос о комплексных нарушениях целесообразно рассматривать в контексте основных теоретических положений о сложной структуре аномального развития, выдвинутых Л. С. Выготским [12]. Согласно этому положению, наличие

дефекта какого-то одного анализатора или интеллектуального нарушения не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду взаимосвязанных отклонений, поэтому возникает целостная картина атипичного, своеобразного развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникших как следствие первичного. Теоретическое положение о сложной структуре аномального развития существенно конкретизирует и уточняет общее понимание нарушения. Основываясь на этом, мы можем сказать, что психические или физические нарушения, наблюдаемые у ребенка, принадлежащего к той или иной группе детей с отклонениями в развитии, имеют сложную структуру.

Проблема сложных нарушений достаточно трудна, само понятие «сложный дефект» или как сейчас принято определять «сложные нарушения развития» в литературе трактуется по-разному. В ряде научных публикаций и нормативных документах «сложные нарушения» обозначаются как «комплексные нарушения». Правильное решение практических вопросов требует четких основ понимания определения сложного (комплексного) нарушения, которое можно рассматривать только в контексте знаний об основных положениях сложной структуры аномального развития.

Основываясь на этом, можно полагать, что к *сложным (комплексным) нарушениям* относятся такие, которые представлены несколькими первичными нарушениями, каждое из которых, будучи взятым отдельно, определило бы характер и структуру аномального развития. Сочетание всех составных элементов комплексного нарушения – это не просто сумма компонентов, это сложная конъюнкционная структура комплексного нарушения, в которой каждое составляющее не существует само по себе, а оказывает влияние друг на друга, усугубляя проявления, в результате мы имеем дело со сложным многофункциональным нарушением развития. В качестве синонимического понятия сложного нарушения используется «мно-

жественное нарушение», когда имеется три и более нарушений (первичных), каждое из которых имеет определенные отрицательные последствия, усугубляющие отклонения в развитии ребенка, например, умственно отсталые слепоглухие.

Понимание всей сложности задачи по выявлению психолого-педагогических особенностей детей с множественными нарушениями развития подводят нас к созданию диагностического комплекса, который включает в себя медицинское, социальное, психолого-педагогическое и логопедическое обследование. Для проведения обследования детей с комплексными нарушениями были использованы в модифицированном варианте традиционные методики [5; 6; 7; 9; 10; 13; 14; 16]. Исследование строилось с учетом методологических принципов, описанных в трудах ведущих специалистов: Л. С. Выготского, В. И. Лубовского, С. Д. Забрамной, Т. В. Розановой – комплексности, всесторонности, целостности, динамичности, выявления потенциальных возможностей детей. В качестве методов исследования использовались: наблюдения, интервью с близкими, воспитателями, педагогами, психологами, изучение медицинской документации и процедура экспериментального исследования, где требовалось выполнение определенных заданий, позволяющих определить уровень социального, психического, речевого развития. Чтобы подробно охарактеризовать психическое развитие детей с комплексными нарушениями, мы попытались сочетать качественный и количественный виды анализов.

С целью объективности результатов комплексного обследования была разработана балльная оценка признаков нарушений с учетом их выраженности. Каждое задание оценивалось по 4-балльной системе. Для удобства сравнения между собой количественных достижений разнородных качественных показателей был условно принят высший оценочный балл равный 4 (для высшего ранга оценочных параметров), низший – 1 (для низшего ранга оценочных параметров) и промежуточные значения как результат постепенного уменьшения высшего значения оценочного пара-

метра (4 балла) при переходе к его низшему значению (1 балл).

Соответственно для каждого задания были разработаны оценочные критерии, характеризующие тот или иной тип развития. Для определения уровней высчитывалось среднее арифметическое из суммы всех показателей группы заданий. Количественный анализ предполагал определение успешности выполнения всех заданий, коэффициент успешности представляет собой относительную величину, выраженную в процентах.

Качественный анализ предполагает оценку особенностей психического развития ребенка. Для выявления особенностей развития детей с множественными нарушениями мы выделили следующие показатели, которые позволили дифференцировать детей на определенные группы:

1. Степень самостоятельности выполнения заданий (все задания выполняются самостоятельно, частично выполняются самостоятельно, задания выполняются только в совместных действиях).

2. Способность к подражанию (подражают адекватно, имеется способность к подражанию, начатки к подражанию).

3. Качество самоконтроля при выполнении заданий (дети способны к целенаправленной деятельности, контролируют свои действия; избирательно способны к целенаправленной деятельности; инертность, отсутствие контроля).

4. Использование помощи (полностью адекватно используют оказываемую помощь, используют помощь в разной степени, помощь практически не воспринимают, не осознают).

Мы попытались установить зависимость между этиопатогенезом и особенностями клинических проявлений. Для этого тщательно сопоставлялись и анализировались все имеющиеся данные. Такой подход позволил понять особенности структуры дефекта в каждом отдельном случае и выделить основные типологические качества, характерные для каждой группы детей.

Исследование проводилось в течение 15 лет на базе специальных образовательных учреждений для детей дошкольного возраста

Москвы, Тулы, Нижнего Новгорода, Вышнего Волочка, Сергиева Посада. Всего принимало участие 163 ребенка, имеющих различные сочетания нарушений.

В процессе экспериментального изучения дошкольников с комплексными нарушениями было выделено три уровня успешности выполнения предлагаемых заданий и, соответственно, дети разделились на три группы.

I группа – 23 человека (14,1%), коэффициент успешности – менее 32%.

II группа – 95 человек (58,3%), коэффициент успешности – не более 72%.

III группа – 45 человек (27,6%), коэффициент успешности – не менее 72%.

В результате качественного и количественного анализа данных экспериментального исследования были условно выделены три уровня психического развития детей с комплексными нарушениями:

1 (низкий) уровень – средний показатель составляет 1–2 балла.

2 (средний) уровень – средний показатель составляет 2–3 балла.

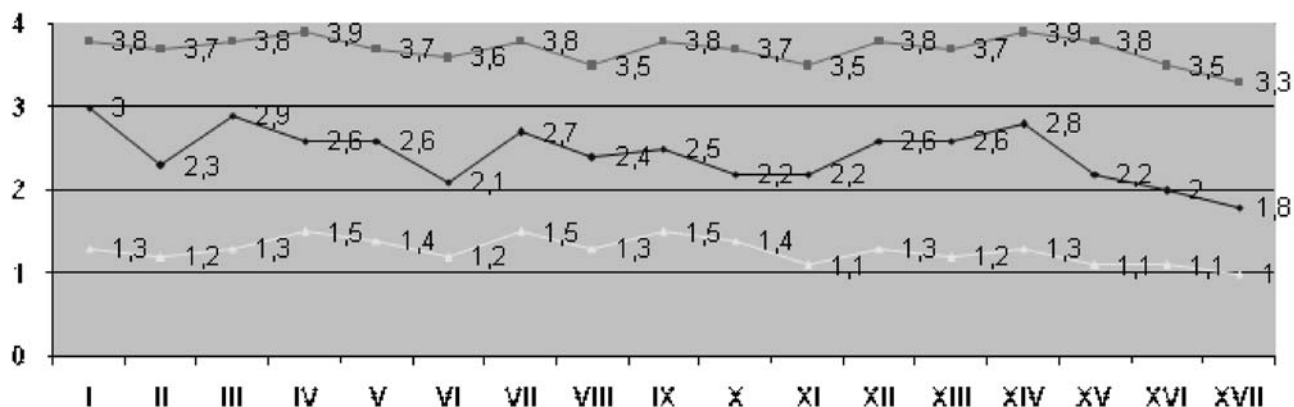
3 (выше среднего) уровень – средний показатель равен 3–4 баллам.

Комплексное изучение позволило раскрыть разноплановость развития детей с множественными нарушениями. Дети с комплексными нарушениями отличаются не только количественным значением коэффициента успешности соответственно уровням психического развития, но и характеризуются различной степенью выраженности дефектов, представленных у детей в многообразных сочетаниях, обуславливающих своеобразие социальной, когнитивной, речевой, эмоционально-волевой сфер.

С целью установления более точных различий в развитии детей с множественными нарушениями, мы провели сравнительный анализ профилей количественных результатов исследования (табл. 1).

Сравнительный анализ представленных графических профилей трех уровней развития является доказательством того, что развитие детей, относящихся к каждому уровню, существенно отличается. Качественный анализ

Профили количественных результатов социального, психологического, логопедического обследования детей с комплексными нарушениями



Социальное развитие

1. Установление характера взаимодействия ребенка со взрослым, с детьми.
2. Коммуникативные навыки.
3. Навыки самообслуживания.
4. Игровые навыки.

Психологическое развитие

5. Конструктивный праксис.
6. Пространственные представления.
7. Зрительное и осязательное восприятие.
8. Память.

9. Наглядно-действенное мышление.

10. Наглядно-образное мышление.

11. Словесно-логическое мышление

12. Внимание.

13. Моторная функция.

Речевое развитие

14. Выявление адекватности понимания слов.

15. Выявление понимания речи в императивной функции.

16. Выявление активного словарного запаса.

17. Выявление степени владения фразой.

по результатам исследования в соответствии с выделенными показателями позволил адекватно проанализировать отличия в социальном, психологическом и речевом развитии детей с комплексными нарушениями, относящихся к каждому из трех уровней. Предлагаем вниманию психологические портреты групп детей с комплексными нарушениями, согласно каждому уровню.

I (низкий) уровень психического развития представлен немногочисленной группой детей с комплексными нарушениями – 14,1% от всех обследуемых. Показатели социального, психолого-педагогического, логопедического изучения равномерно распределились на низком уровне, средний балл составляет – 1,27 балла. Патогенетическую основу, определяющую особенности психического разви-

тия детей с множественными нарушениями, относящихся к низкому уровню развития, составляют сложные этиологические факторы, где ведущее место занимает внутриутробное органическое поражение центральной нервной системы, а также наследственные и хромосомные заболевания. Здесь имеет место одновременное поражение нескольких функциональных систем организма, сочетающихся с недоразвитием коры головного мозга. У группы детей, относящихся к I (низкому) уровню психического развития выделяется несколько вариантов структур комплексных нарушений. Для описываемой нами группы детей, относящихся к низкому уровню, общим является то, что их объединяет грубое интеллектуальное нарушение, которое присутствует во всех вариантах структур, характеризую-

щееся тотальным недоразвитием и непрогредиентным состоянием интеллектуального дефекта с последующим дизонтогенетическим развитием. Психическое развитие детей с множественными нарушениями, относящихся к I уровню, протекает в условиях специфического соединения типов дизонтогенеза таких как ретардация и дефицитарность, в отдельных случаях – отклонения по типу асинхронии. Дети характеризуются стойкими нарушениями психической деятельности, отчетливо обнаруживающимися в сфере социального развития, познавательных процессов, речевом развитии. Обращает на себя внимание связь имеющихся сложных нарушений и социального развития, которое характеризуется у детей резким отставанием в социальном приспособлении. У подавляющего большинства детей отмечается формальный контакт со взрослыми или наблюдаются случаи полного отказа от сотрудничества. Пассивность и крайне сниженная потребность в общении, слабый интерес к окружающему тормозят процесс формирования коммуникативных средств. Дети длительное время остаются на эмоционально-личностной форме общения, предпочитая телесный контакт: основными средствами у детей являются экспрессивно-мимические проявления, отдельные вокализации. Дети затрудняются в овладении простейшими жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания. Отмечается несформированность игровых действий, проявляющихся в манипуляциях с предметами, сопровождающиеся агрессией, неадекватностью или полным безразличием. Психические процессы (конструктивный праксис, пространственные представления, зрительное, осязательное восприятие, память, мышление) крайне не развиты. Большинство детей, изучаемой группы, имеют грубое недоразвитие речи и практически остаются «безречевыми». В дальнейшем у некоторых детей речь развивается с величайшим трудом. У детей, имеющих множественные нарушения развития, существенно снижена эмоционально-волевая сфера. Эмоциональная реакция проявляется по-разному, для одних детей характерны вялость, заторможенность, для других – агрессивность, неадекватность.

Внимание детей рассматриваемой группы всегда в той или иной степени нарушено: оно слабоустойчиво, они отвлекаются, привлечь их возможно с помощью либо ярких, либо звучащих предметов: для детей с нарушениями слуха и зрения наиболее интересны вибрирующие предметы. При создании благоприятных условий, стимулирующих действий возможно включение детей в деятельность, выполнение простейших инструкций. Состояние детей с комплексными нарушениями низкого уровня с первых дней жизни отличается значительным отставанием в физическом развитии, а именно: они в поздние сроки начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить, некоторые не могут передвигаться в 5–6-летнем возрасте, это обусловлено глубокими поражениями ЦНС, вызывающими серьезные нарушения в опорно-двигательной сфере. Для большинства детей свойственны стереотипии в виде покачивания телом, частых движений рукой перед лицом и т. д. Им доступна в основном совместная деятельность с психологом, педагогом. Подражательная деятельность не сформирована, в отдельных случаях присутствуют только начатки к подражанию. Саморегуляция и контроль отсутствуют, дети инертны. Помощь не воспринимают. Перспектива развития детей I уровня значительно ограничена. Ребенок нуждается в систематической обучающей и развивающей помощи со стороны специалиста. Наиболее значимым направлением в проектировании психолого-педагогической помощи для детей I уровня психического развития является бытовая адаптация, способствующая обеспечить удовлетворение социально важных потребностей ребенка. Тяжесть выявленных нарушений убедительно доказывает, что дети нуждаются в разработке специальных индивидуальных диагностических, коррекционных, психолого-педагогических программ развития.

II (средний) уровень психического развития. В этот уровень вошло наибольшее количество детей (51,3%). Второму (среднему) уровню развития свойственен неравномерный тип кривой (абсцисс) по показателям, средний балл составляет – 2,44 балла, расхождения между показателями достигает от 0,3 до 0,7 балла. Оценивая состояние важных

предпосылок, от которых зависит успешность формирования познавательной деятельности, можно отметить, что у детей II уровня имеет место диффузное поражение коры головного мозга, сочетающееся с локальными органическими нарушениями, мозаичное поражение ЦНС, слабо выраженная резидуальная органическая недостаточность в сочетании с нарушениями анализаторной системы и локальными нарушениями речи. Контингент детей II (среднего) уровня полиморфен по структуре комплексного дефекта. В него вошли дети, у которых выявлены умственная отсталость и задержка психического развития и другие дополнительные нарушения первичного характера. По выраженности проявлений у детей наблюдается неравномерное изменение различных сторон психической деятельности. Одни психические процессы оказываются не сформированными более резко, другие – относительно благополучны, что указывает на существующие индивидуальные различия. Психическое развитие детей с комплексными нарушениями развития II уровня проходит в условиях специфического вида дизонтогенеза, представляющего синтез различных типов: недоразвитие, задержанное развитие, дефицитарное развитие, дисгармоническое развитие, которые обосновывают вариативную структуру комплексного нарушения. Большинство детей достаточно легко вступают в контакт, но он носит нестабильный характер, чаще всего из-за возникающих трудностей при выполнении определенных заданий. Коммуникативная функция речи снижена. Предпочтение отдается невербальным заданиям. Навыками самообслуживания владеют не в полном объеме, особые трудности вызывают операции, требующие тонкой дифференциации моторных действий. Игровая деятельность недостаточно сформирована, чаще носит процессуальный характер, в отдельных случаях прослеживаются логически связные предметно-игровые действия с элементами сюжета. Для каждого варианта структуры комплексного нарушения характерны те или иные качества в овладении конструктивным праксисом, пространственной ориентировкой. Сенсорную организацию отличает своеобразие взаимодействия анали-

заторов, которые при имеющихся нарушениях зрения, слуха, двигательной системы приобретают специфические формы. Это сказывается на скорости восприятия, полноте и адекватности отражения действительности. Имеющиеся нарушения тормозят полноценное развитие познавательной деятельности, что находит отражение в снижении функционирования мнестических процессов. Для детей II уровня характерна недостаточность наглядно-действенного, наглядно-образного мышления, низкий уровень словесно-логического мышления. Им свойственно недоразвитие речи, они не усваивают в полном объеме языковую систему (ограниченность словарного запаса, несформированность грамматического строя, связная речь на элементарном уровне). Дети располагают возможностями выполнения заданий самостоятельно. У них имеет место выраженная способность к подражанию. Саморегуляция и контроль избирателен, дети способны к целенаправленной деятельности, в разной степени используют оказываемую помощь. Дошкольники II уровня наиболее перспективны в плане развития и интеграции в общество в отличие от детей I уровня, однако дети II (среднего) уровня развития нуждаются в стимулирующей, организующей помощи специалиста. При создании специальных условий, максимально стимулирующих развитие, успешнее преодолеваются отставания, так как каждый ребенок в той или иной степени обладает потенциальными возможностями.

III (выше среднего) уровень психического развития – количество детей составляет 27,6% от всех участников экспериментального исследования. В III (выше среднего) уровне развития наблюдается переходящий характер кривой – от равномерного до неравномерного, средний статистический показатель равен – 3,69 балла. В этот уровень вошли дети, у которых первично сохранены предпосылки интеллектуальной деятельности, имеющиеся искажения в различных параметрах, обусловленные структурой комплексного нарушения и индивидуальными особенностями детей. При всех вариантах структур комплексных нарушений III уровня мы обнаруживаем полиморфизм клинической картины, являющийся

следствием, особенностью болезненного процесса, протекающего во внутриутробном периоде развития, а также неблагоприятным наследственным фоном, на котором возникает то или иное сочетание нарушений. Детям III уровня свойственны различные варианты структур комплексного дефекта, которые обуславливают характер нарушения развития по дефицитарному и задержанному типам дизонтогенеза. Они раньше, чем другие дети проявляют интерес к познанию окружающего. Сравнительно рано приучаются к общественным правилам поведения, овладевают навыками социализации. Расхождения в развитии психических функций обусловлены вариативностью структур нарушений, проявляющихся в результатах выполнения заданий, нацеленных на конструктивный праксис, ориентировки в пространстве. Качественный анализ материалов экспериментального изучения всех видов мышления у детей дошкольного возраста показывает, что общим для них проявлением в отставании является недостаточная сформированность операций обобщения, отвлечения, абстрагированности. В то же время большая часть детей данного уровня использует операции анализа, синтеза и может применять их в решении несложных задач в иных условиях. Это свидетельствует о том, что дети способны к переносу усвоенных умений и навыков в различных ситуациях. В процессе самостоятельной деятельности при выполнении заданий они используют самые незначительные остатки зрения и слуха. Различные варианты структур комплексных нарушений, выявленных в III уровне психического развития, обуславливают своеобразие речевого развития каждого варианта. Могут иметь место различные нарушения речи: ринолалии, дислалии, дизартрии, которые требуют специальной логопедической работы. У детей III уровня эмоционально-волевая сфера более устойчивая, наблюдается уравновешенность процессов возбуждения и торможения, что дает возможность регулировать свое поведение. Этих детей отличают также положительные сдвиги в развитии личностных компонентов: правильное понимание ситуации, выраженная чувствительность к похвалам и

порицанию, понимание инструкции, умение довести начатое до конца, осуществление контроля за своей деятельностью, умение использовать оказанную помощь. Характер деятельности более целенаправленный, произвольно управляемый, мотивированный. Развитие детей III уровня не является прямым результатом нарушения организации мозга, во многом своеобразие форм психического развития связано с состоянием сенсорных организаций, а также существенное значение оказывают условия и время начала коррекционной работы. В адекватных условиях дети дают положительную динамику психического развития. Они способны к достижению достаточно высокого уровня развития, так как обладают широкими потенциальными возможностями. Дети нуждаются в психолого-медико-педагогическом сопровождении, которое может быть организовано в условиях специального образовательного учреждения, с последующей перспективой выхода в интегрированное образовательное поле.

Разработанная нами технология оценки нарушений подтвердила результаты, полученные в ходе экспериментального исследования, которые демонстрируют явные отличия в показателях социального, психического, речевого развития по каждому блоку параметров трех уровней. Сопоставительный анализ данных исследования позволил выявить особенности детей данной категории, а также определить ряд общих закономерностей психического развития, свойственных детям с комплексными нарушениями:

- для детей с комплексными нарушениями характерна вариативность структур дефекта, которая определяется наличием нескольких первичных нарушений, возникших под влиянием различных этиологических факторов, и вторичных, третичных нарушений, являющихся следствием первичных;

- выявленная вариативность структур сложного нарушения дает основание утверждать о невозможности определения какого-либо одного типа дизонтогенеза (В. В. Лебединский, 1985). Специфика дизонтогенетического развития проявляется в особых соединениях дизонтогений, которые не рассматриваются как автономные, самостоятельные образования, а

представляют собой качественно иной смешанный тип дизонтогенеза, характерный для детей с комплексными нарушениями развития;

- существенное значение имеет степень выраженности интеллектуальных дефектов: чем тяжелее нарушение, тем сильнее страдает психическое развитие в целом;
- разноуровневый характер социального, психического, речевого развития детей с ком-

плексными нарушениями. Каждому уровню соответствует своя картина когнитивного развития, что напрямую связано с выраженностью и локализацией органической и функциональной недостаточностью ЦНС.

Знание психологических особенностей позволяет конструктивнее подходить к организации и решению проблем общего развития детей с комплексными нарушениями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Басилова Т. А.* Психология детей со сложными нарушениями развития // Основы специальной психологии / под ред. Л. В. Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2002. С. 374–389.
2. *Басилова Т. А., Александрова Н. А.* Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей. М.: Просвещение, 2008. 111 с.
3. *Блюмина М. Г.* Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов // Дефектология. 1989. № 3. С. 3–10.
4. *Власова Т. А., Певзнер М. С.* О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1973. 175 с.
5. Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей (клинико-психологические основы) / под ред. Е. М. Мастюковой, И. Ф. Марковской. М.: Изд. АПН СССР, 1988. 189 с.
6. Клинико-психологическое исследование детей со сложным дефектом / под ред. М. С. Певзнер, Т. В. Розановой. М.: АПН СССР. 1980. 80 с.
7. *Левченко И. Ю., Киселева Н. А.* Психологическое изучение детей с отклонениями развития. М.: Коррекционная педагогика, 2005. 152 с.
8. *Лубовский В. И.* Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей // Дефектология. 1971. № 6. С. 15–20.
9. *Лубовский В. И.* Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: Педагогика, 1989. 104 с.
10. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений // под общ. ред. проф. Г. З. Чиркиной. 3-е изд., доп. М.: АРКТИ, 2003. 240 с.
11. *Мещеряков А. И.* Слепоглухонемые дети. М.: Педагогика, 1974. 328 с.
12. Проблемы дефектологии / сост. Т. М. Лифанова. М.: Просвещение, 1995. 527 с.
13. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная, Т. А. Добровольская и др., под. ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 320 с.
14. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста: метод. пособие / Е. А. Стребелева, Ю. А. Разенкова и др. / под ред. Е. А. Стребелевой М.: Экзамен, 1998. 225 с.
15. *Розанова Т. В.* Принципы психологической диагностики отклонений в развитии у детей // Дефектология. 1995. № 1. С. 16–21.
16. *Семаго Н. Я., Семаго М. М.* Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. М.: АРКТИ, 2000. 208 с.
17. *Чулков В. Н.* Развитие и образование детей со сложными нарушениями развития // Специальная педагогика / под ред. Н. М. Назаровой. М., 2001. С. 332–345.

SPISOK LITERATURY

1. *Basilova T. A.* Psikhologiya detey so slozhnymi narusheniyami razvitiya // Osnovy spetsial'noy psikhologii / pod red. L. V. Kuznetsovoy. M.: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya», 2002. S. 374–389.
2. *Basilova T. A., Aleksandrova N. A.* Kak pomoch' малышу со сложным нарушением развития: posobiye dlya roditel'ey. M.: Prosveshcheniye, 2008. 111 s.
3. *Blyumina M. G.* Rasprostranennost', etiologiya i nekotorye osobennosti klinicheskikh proyavleniy slozhnykh defektov // Defektologiya. 1989. N 3. S. 3–10.

4. *Vlasova T. A., Pevzner M. S.* O detyakh s otkloneniyami v razvitii. M.: Prosveshcheniye, 1973. 175 s.
5. Diagnostika i korrektsiya anomal'nykh psikhicheskogo razvitiya u detey (kliniko-psikhologicheskiye osnovy) / pod red. E. M. Mast'yukovoy, I. F. Markovskoy. M.: Izd. APN SSSR, 1988. 189 s.
6. Kliniko-psikhologicheskoye issledovaniye detey so slozhnym defektom / pod red. M. S. Pevzner, T. V. Rozanovoy. M.: APN SSSR. 1980. 80 s.
7. *Levchenko I. Yu., Kiseleva N. A.* Psikhologicheskoye izucheniye detey s otkloneniyami razvitiya. M.: Korrektsionnaya pedagogika, 2005. 152 s.
8. *Lubovsky V. I.* Obshchiye i spetsificheskkiye zakonomernosti razvitiya psikhiki anomal'nykh detey // Defektologiya. 1971. N 6. S. 15–20.
9. *Lubovsky V. I.* Psikhologicheskiye problemy diagnostiki anomal'nogo razvitiya detey. M.: Pedagogika, 1989. 104 s.
10. Metody obsledovaniya rechi detey: posobiye po diagnostike rechevykh narusheniy // pod obshch. red. prof. G. Z. Chirkinoy. 3-e izd., dop. M.: ARKTI, 2003. 240 s.
11. *Meshcheryakov A. I.* Slepoglukhonemye deti. M.: Pedagogika, 1974. 328 s.
12. Problemy defektologii / sost. T. M. Lifanova. M.: Prosveshcheniye, 1995. 527 s.
13. Psikhologo-pedagogicheskaya diagnostika: ucheb. posobiye dlya stud. vyssh. ped. ucheb. zavedeniy / I. Yu. Levchenko, S. D. Zabramnaya, T. A. Dobrovol'skaya i dr., pod. red. I. Yu. Levchenko, S. D. Zabramnoy. M.: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya», 2003. 320 s.
14. Psikhologo-pedagogicheskaya diagnostika razvitiya detey doshkol'nogo vozrasta: metod. posobiye / E. A. Strebeleva, Yu. A. Razenkova i dr. / pod red. E. A. Strebelevoy M.: Ekzamen, 1998. 225 s.
15. *Rozanova T. V.* Printsipy psikhologicheskoy diagnostiki otkloneniy v razvitii u detey // Defektologiya. 1995. N 1. S. 16–21.
16. *Semago N. Ya., Semago M. M.* Problemnye deti: osnovy diagnosticheskoy i korrektsionnoy raboty psikhologa. M.: ARKTI, 2000. 208 s.
17. *Chulkov V. N.* Razvitiye i obrazovaniye detey so slozhnymi narusheniyami razvitiya // Spetsial'naya pedagogika / pod red. N. M. Nazarovoy. M., 2001. S. 332–345.