

Е.В. ЖУЛИНА, кандидат психологических наук, доцент, НГПУ им. К. Минина (Мининский университет), Нижний Новгород, e-mail: Zulinaelena@mail.ru

МОДЕЛЬ РАННЕЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧИ

E.V.Zhulina

MODEL OF THE EARLY LOGOPEDIC HELP TO CHILDREN WITH A SPEECH DELAY

В статье рассмотрена современная ситуация относительно логопедической помощи детям раннего возраста. Предложены основные направления работы, определяющие модель раннего педагогического сопровождения и эффективность социализации данной категории воспитанников.

Ключевые слова: задержка речевого развития, модель логопедической помощи, индивидуальный маршрут развития.

The article discusses The current situation regarding логопедической assistance for children of early age. The main directions of the work that defines the model of the early pedagogical support and efficiency of the socialization of this category of inmates.
Keywords: delay in speech development, model assistance, individual route of development.

В 90-х годах двадцатого века в России остро встал вопрос о создании системы раннего выявления и ранней специальной помощи, призванной оказывать психолого-педагогическую поддержку детям с отклонениями в развитии и их родителям. Еще в 20-30-е годы прошлого столетия в клинике профессора Н. М. Щелованова были разработаны показатели нервно-психического развития детей первого года жизни (включая и отклонения от нормы). В дальнейшем они многократно перерабатывались и дополнялись коллективом ученых под руководством профессора Н. М. Аксариной (1-й год жизни – Э. Л. Фрухт, 2-й год жизни – К. П. Печора, 3-й год жизни – Г. В. Пантюхина). В 1970-е годы эти исследователи впервые в нашей стране разработали процедуру диагностики и тесты для проверки уровня развития детей в поликлинике, в доме ребенка, в яслях [6,8].

Вместе с тем научные исследования российских (Ю.А. Разенкова, Л.С. Сековец Н.Н. Е.А. Стребелева, Малофеев, Н.Д. Шматко и др.) и зарубежных специалистов (Дж. Боулби, Д. Винникот, К. Пакеринг и др.) и практический опыт Л.В. Блохиной, Е.В. Жулиной, С.В. Калиной, Н.И. Морозовой, Л.В. Самариной, Т.И. Сивухиной, И.И. Тороповой доказывают эффективность коррекционно-развивающей работы именно в раннем возрасте, поскольку пластичность центральной нервной системы и уровень компенсаторных возможностей наиболее высоки именно в ранний период развития человека [6,10,11,12,15,16].

Т.В. Волосовец считает, что своевременная помощь и коррекция дают исключительную возможность сгладить имеющиеся недостатки и пробелы в развитии, а в ряде случаев даже устранить их, обеспечив тем самым полноценное развитие ребенка в сензитивный период.

В последнее время в коррекционной психологии и педагогике происходит становление единой системы помощи детям с задержкой речевого развития (ЗРР) в раннем возрасте. Автор считает, что основной целью концепции ранней помощи детям с ЗРР является определение организационных и содержательных основ педагогического сопровождения, с целью нормализации речи и успешной интеграции их в социум на дошкольном этапе развития [3,4,5].

Необходимость создания ранней помощи и ее внедрение определяется нормативно правовым обеспечением: ратификацией Российской Федерацией в 1991 г. деклараций ООН «О правах умственно отсталых лиц» (1971), «О правах инвалидов» (1975), в которых говорится о том, что ценностные ориентации государства и общества заключаются в гарантировании прав граждан. Они должны предоставить возможности социальной адаптации и развития, активного участия в жизни общества, полной реализации индивидуальности.

Несмотря на достижения современной медицины, статистика свидетельствует о значительном снижении здоровья беременных женщин, количества нормальных родов, увеличении процента рождения недоношенных детей, что может повлечь за собой риск рождения детей с нарушениями развития. По оценкам экспертов, к 2015 г. в России количество здоровых новорожденных детей может сократиться до 15-20%, а младенцев, страдающих врожденными и приобретенными хроническими болезнями, — увеличиться до 20-25%.

Логопедия не располагает комплексным экспериментально-исследовательским материалом, а лишь отдельными разработками, которые характеризует различные авторские подходы к коррекции отдельных компонентов структуры речевой деятельности. Анализ программ раннего вмешательства (ранней диагностики и коррекции), разработанных в США, Швейцарии и других странах Западной Европы (Майра Питерси, Робин Трилор, Дайана Ютер, Сью Кернс, N. Johnson-Martin, K. Jens, S. Attermeier, B. Paul, M. Guralnick) и России «Центра ранней диагностики и коррекции» (Ю.Ю. Белякова, И.А. Выродова, О.Е. Громова, Т.Ю. Моисеева, Г.А. Мишина, О.И. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко) «Института раннего вмешательства» (Л.В. Рыскина, Е.В. Кожевникова, Л. Чистович) помог определить теоретико-прикладные и организационные аспекты авторской модели ранней логопедической помощи детям раннего возраста с ЗРР [17].

На базе экспериментальных групп «По ступенькам» МБОУ ДОД ЦРТ Ленинского района г. Нижнего Новгорода, и на основе изучения и анализа российского и зарубежного опыта, нами была создана и апробирована семейно-центрированная модель ранней логопедической помощи.

Деятельность логопеда определена следующими направлениями работы:

- запрос на комплексное обследование ребенка с ЗРР (по заявлению родителей);
- комплексная (индивидуальная) диагностика мультидисциплинарной командой специалистов (при активном участии родителей);
- определение уровня актуального развития ребенка с ЗРР, определение индивидуальной программы развития (необходимого объема коррекционной помощи);
- комплексное взаимодействие специалистов в реализации коррекционно-развивающего воздействия;
- мониторинг психического развития ребенка с ЗРР мультидисциплинарной командой специалистов (при активном участии родителей);
- оценка эффективности коррекционно-развивающей работы, изменение индивидуальной программы развития;
- итоговая оценка эффективности развития ребенка с ЗРР, рекомендации (интеграция в группу нормально развивающихся дошкольников).

Для полноценного речевого развития чрезвычайно важное значение имеет скрининг слуха и зрения, который должен проводиться в родильных домах как обязательная процедура, т.е. при выписки мать должна знать и первые три года отслеживать состояние этих перцептивных процессов, являющихся базой для речевого развития. Данным вопросам посвятили свое исследование Г.А. Таварткиладзе и Н.Д. Шматко [1,2].

Последовательно рассмотрим каждое направление работы логопеда по сопровождению ребенка раннего возраста с ЗРР, представленное в монографиях автора[19,20].

Первым направлением работы является анализ запроса на комплексное обследование ребенка с ЗРР (по заявлению родителей). Трудности выявления детей раннего возраста с ЗРР, нуждающихся в логопедической помощи, связаны с тем, что до трех лет ребенок воспитывается в условиях семьи, члены которой плохо ориентируются в вопросах благополучия психического и речевого развития.

Вторым направлением является комплексная (индивидуальная) диагностика мультидисциплинарной командой специалистов (при активном участии родителей), которая включает два раздела: комплексное изучение анамнеза; логопедическую диагностику;

Своевременное выявление детей с нарушениями развития раннего возраста может осуществляться в структурах здравоохранения, образования и социальной помощи. Выявление проблем развития ребенка в учреждениях здравоохранения осуществляется следующими специалистами:

- врач-неонатолог – первый осматривает новорожденного, измеряет вес, рост, окружность головы и грудной клетки, а также оценивает основные функции детского организма на первой и пятой минуте жизни по шкале Апгар. Данные шкалы Апгар направлены на оценку адаптационных возможностей ребенка к внутриутробным, внешним условиям существования. В соответствии с установленными правилами и стандартами назначает и контролирует необходимое лечение, организует или самостоятельно проводит необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия в первый месяц жизни ребенка. При необходимости направляет к другим специалистам;

- врач-педиатр является ведущим специалистом сопровождения ребенка раннего возраста. Важным в деятельности педиатра является проведение скрининга по факторам риска, а также своевременное направление ребенка с явной врожденной и перинатальной патологией центральной нервной системы, а также детей «группы риска» к детскому неврологу, хирургу, ортопеду, офтальмологу, ЛОР-врачу, стоматологу[6,7]. Обязательными являются определение рефракции зрения, аудиологическое исследование, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) головного мозга - нейросонография.

При необходимости привлекаются

- учитель-логопед (специалист по ранней коммуникации),
- педагог-психолог,
- специальный педагог.

Для предупреждения ситуации социально-педагогической запущенности и задержки нервно-психического развития ребенка специалисты учреждений социальной защиты осуществляют патронирование семьи ребенка, находящейся в социально опасном положении либо трудной жизненной ситуации, что может привести к социально-педагогической запущенности и задержке нервно-психического развития ребенка. По результатам патронирования специалист может рекомендовать семье обратиться в учреждения здравоохранения и учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Выявление проблем развития детей раннего возраста в учреждениях образования может осуществляться на базе:

- а) дошкольных образовательных учреждений компенсирующего или комбинированного вида;
- б) дошкольных общеобразовательных учреждениях;
- в) учреждений дополнительного образования;

г) образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи; психолого-медико-социального сопровождения; психолого-педагогической реабилитации и коррекции; лечебной педагогики и других.

В образовательных учреждениях воспитателями, специалистами сопровождающего профиля и медицинскими работниками.

В качестве скрининговых методов комплексной оценки психического и двигательного развития детей в возрасте от 2 до 16 месяцев рекомендовано использование шкалы KID и для детей в возрасте от 1 года 2 мес. до 3 лет 6 мес. шкалы CDI*. В случае необходимости ребенок направляется на дополнительное обследование в медицинские учреждения. Работниками могут использоваться скрининг-диагностика по факторам риска (выявление у ребенка двух и более факторов риска значительно повышает риск возникновения у ребенка отклонений в развитии), а также скрининги слуха, зрения и другие[1,2].

Таким образом, выявление детей с нарушениями развития может осуществляться как в медицинских, так и в образовательных и социальных учреждениях. В ситуации дефицита информации либо необходимости уточнения диагноза специалисты имеют возможность направить семью с ребенком на дополнительное обследование. В рамках межведомственного взаимодействия появляется возможность наиболее точно определить актуальное состояние ребенка в целях эффективного оказания помощи. После диагностики нарушения развития необходимо сразу организовать комплексное сопровождение семьи и ребенка в образовательных учреждениях различного типа и вида. Понимая социальную значимость решения проблем раннего детства, специалистам муниципальных управлений образования следует инициировать создание и организацию служб ранней помощи, поскольку именно ранняя и адекватная помощь ребенку позволяет более эффективно компенсировать нарушения в его психофизическом развитии и тем самым смягчить, а возможно, и предупредить вторичные отклонения.

Изучение этиологии речевого развития детей раннего возраста с ЗРР направлено на выявление патобиологических детерминант: пренатальной патологии (гипоксическая энцефалопатия, билирубиновая энцефалопатия, резидуально-органические поражения мозга, генетический); натальной патологии (травматическая энцефалопатия); постнатальной патологии (гипертензионно-гидроцефальный синдром); экзогенно-органических факторов (инфекции, травмы, интоксикации, вирусные заболевания, прием лекарственных препаратов, ионизирующая радиация, вибрация, алкоголизм и курение во время беременности, церебральный синдром).

Специалисты склонны видеть причину ЗРР в наличии ММД (минимальной мозговой дисфункции), так как у половины таких детей обнаруживаются клинические симптомы и электроэнцефалографические феномены, свидетельствующие о нарушении работы подкорковых структур мозга.

К нарушению нормального становления речи у детей могут приводить различные неблагоприятные воздействия в период внутриутробного развития, преждевременные, длительные или стремительные роды, долгий безводный период, родовые травмы, асфиксия плода в родах, тяжело протекающие детские болезни, черепно-мозговые травмы или просто оставленные без внимания частые падения, понижение слуха различной степени. При воздействии неблагоприятных биологических факторов наиболее существенно повреждаются именно те области головного мозга, которые в данный момент наиболее интенсивно развиваются.

Этиология нарушений развития в разных научных подходах определяется совокупностью биологического и социального факторов. Все категории детей, нуждающихся в специальной помощи, можно представить в виде групп:

группа биологического риска;

группа социального риска.

Группа детей биологического риска

1. Дети с диагностированной задержкой:

-диагностированное отставание в развитии (выявленное с помощью диагностических шкал KID и CDI-R);

-снижение слуха II-IV степени или подозрение на снижение слуха;

-слепота, слабовидение вследствие врожденных и приобретенных заболеваний глаз, травм и аномалий рефракции;

-церебральные и спинальные параличи любой этиологии;

-генетические синдромы и хромосомные aberrации (синдром Дауна, синдром Ушера, синдром Клиппеля-Фейля, синдром Прадера-Вилли и т.д.);

-наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы – туберозный склероз, спинальные и невральные амиотрофии и т.п.;

-врожденные аномалии развития:

- аномалии развития центральной нервной системы;

- аномалии развития других органов и систем (расщелины неба, грубые деформации конечностей и т.п.);

-тяжелые органические поражения центральной нервной системы (любой этиологии – атрофии мозга, выраженная гидроцефалия);

-злокачественные формы эпилепсии (синдром Веста и т.п.);

-серьезные трудности в контакте с ребенком, подозрение на ранний детский аутизм;

-заикание, тики.

У детей с установленными нарушениями развития существует риск появления вторичных и третичных нарушений, если ребенок и семья не включены в программу необходимого психолого-медико-педагогического сопровождения).

2. Дети, имеющие медицинский риск возникновения нарушений в развитии:

-недоношенные дети;

-дети, родившиеся позже установленного срока;

-дети, чьи матери переболели инфекционными и вирусными заболеваниями во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз и др.);

-дети, у которых мамы страдали токсикозом беременности;

-дети с врожденными пороками развития;

-дети, рожденные в асфиксии и перенесшие родовую травму;

-дети с гемолитической болезнью новорожденного;

-дети, которых лечили препаратами с ототоксическим действием (антибиотики аминогликозидного ряда);

-дети, в чьих семьях высокий риск наследственных заболеваний, связанных с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата;

-дети, перенесшие детские инфекции (грипп, паратит, скарлатина, корь и др.),

-дети, которым во время родов делали искусственное дыхание или проводили приемы реанимации: искусственная вентиляция легких, длящаяся 5 дней и дольше;

-дети, получившие при рождении низкие баллы по шкале Апгар 0-4 за 1 мин. или 0-6 за 5 мин.

Дети этой группы выявляются на стадиях перинатального и постнатального развития:[1]

Группа детей социального риска

-группа детей социального риска (социально-педагогическая запущенность зачастую обуславливает задержку нервно-психического развития).

Условия возникновения социального риска:

-психиатрические заболевания у членов семьи;

-ВИЧ-инфекция у родителей;

-насилие над ребенком;

-пренебрежение родителями своими обязанностями по отношению к ребенку;

- алкоголизм, наркомания у членов семьи;
- проживание семьи за чертой бедности;
- воспитание ребенка молодыми родителями (16-18 лет);
- родитель/ оба родителя – выпускники детских домов.

В процессе исследования социальных факторов мы опирались на монографию И.А.Коробейникова, в которой выделен психолого-педагогический подход в изучении социо-экономического статуса семьи и его составляющих: воспитание в неполной семье, частые конфликты, несогласованность подходов к воспитанию ребенка, низкий уровень образования у родителей, алкоголизм родителей, низкий уровень материальной обеспеченности семьи, неудовлетворительные условия проживания и воспитания; отсутствие понимания родителями и окружающими взрослыми причин и проявлений ЗРР, неправильное отношение, недостаточное внимание к детям с ЗРР, неблагоприятное воздействие речевой среды, просчеты воспитания, дефицит общения, длительное общение жестами и мимикой могут быть отнесены к факторам, тормозящим нормальный ход речевого развития[8].

Третьим направлением является определение уровня актуального развития ребенка с ЗРР, что предполагает постановку логопедического заключения на основе анализа медицинского диагноза, логопедического заключения, результатов диагностики, происходит уточнение уровня речевого развития ребёнка раннего возраста с ЗРР. Мы отмечаем раннее, что большое количество специалистов, работающих с ребенком с ЗРР, руководствуются своими классификациями и терминологией, что затрудняет их междисциплинарное взаимодействие, негативно сказывается на результатах работы в целом. Последовательно рассмотрим их:

1. Медицинская квалификация особенностей развития детей с ЗРР по МКБ 10 осуществляется следующим образом: раздел /F80-F89/ Расстройства психологического (психического) развития; параграфом /F80/ Специфические расстройства развития речи и языка; пунктом F80.1 Расстройство экспрессивной речи;

2. В настоящий момент единственное логопедическое заключение для всех детей раннего возраста с разными нарушениями речи – задержка речевого развития (ЗРР).

3. Постановка логопедического заключения определяется индивидуальной структурой отклоняющегося речевого развития, т.е. спецификой и выраженностью расстройств (клинический контекст), характером и индивидуальным содержанием речевого развития и социальной адаптации ребенка (социально-психологический контекст). Мы исходим из представлений о диагнозе (заключении), как основе оказания реальной помощи ребенку с ЗРР, которая должна основываться на анализе индивидуальных особенностей речевого развития ребенка с ЗРР.

Феномен ЗРР характеризуется преимущественной несформированностью речевой деятельности, с сохранными предпосылками интеллектуального развития и нормальным слухом, большая часть которых квалифицируется как группа риска по речевой патологии. Необходимость разработки целостной концепции функционального диагноза (заключения) речевого развития при ЗРР детей раннего возраста представляется очевидной для решения задач методологического и организационно-практического уровня, связанных с проблемой оптимального сотрудничества специалистов разного профиля, участвующих в диагностической и коррекционной работе.

В квалификации структуры и характеристики психического развития при ЗРР, приоритетное значение приобретают данные психолого-диагностического исследования. При постановке психологического заключения, логопсихолог руководствуется типологией отклоняющегося развития. По классификации М.М. Семаго, это недостаточное развитие, подгруппа «парциальная несформированность высших психических функций (ВПФ)», с преимущественной несформированностью вербального компонента; или с преимущественной несформированностью регуляторного компонента; или преимущественной несформированностью смешанного типа[18].

Четвертое направление работы логопеда включает определение индивидуальной программы развития (необходимого объема коррекционной помощи). Максимальная индивидуализация конкретных проблем ребенка с ЗРР, установление их иерархической структуры в каждом отдельном случае позволят определить приоритеты в коррекционной работе, повысить точность и эффективность воздействий. Успешность коррекционной работы зависит от целостного представления о ребенке, основанного на комплексном подходе к диагностике [19, 20].

В современных методиках устранения задержки речевого развития в раннем возрасте предусматривается формирование когнитивных предпосылок, обуславливающих появление слов и фраз (Е.А. Стребелева), словарного запаса (О.Е. Громова), коммуникативной деятельности (Н.Н. Матвеева) [17].

По мнению И.А. Коробейниковой, максимальная индивидуализация конкретных проблем ребенка, установление их иерархической структуры в каждом отдельном случае позволит определить приоритеты в коррекционной работе, повысить точность и эффективность воздействий [9].

Пятым направлением является комплексное взаимодействие специалистов в реализации коррекционно-развивающего воздействия. Создание организационно-методической модели коррекции ЗРР у детей раннего возраста является актуальной проблемой логопедии, решение которой зависит от разработки следующих вопросов:

1. Разработать программу ранней комплексной логопедической коррекции отклоняющегося развития детей раннего возраста с ЗРР и апробировать ее в условиях семейно-центрированной модели воспитания.

В ходе апробации: а) выделить комплекс специальных коррекционно-развивающих задач при ЗРР; б) разработать содержательно-методическое обеспечение процесса коррекции средствами фольклора в условиях семейно-центрированной модели, ориентированной на вариативность индивидуальной структуры отклоняющегося развития; в) установить степень эффективности апробированной модели логопедической помощи детям раннего возраста с ЗРР г) проследить возможности комплексной компенсации отклоняющегося речевого развития детей с ЗРР раннего возраста в специально созданных педагогических условиях – семейно-центрированной модели; д) проанализировать полученные данные, выявить динамику, определить основные условия коррекции отклоняющегося развития детей раннего возраста с ЗРР.

Основная цель коррекционной работы – создать оптимальные условия развития ВПФ путем компенсации нарушенного в результате органического повреждения первичного звена, способствовать формированию речевых новообразований, составляющих сущностную характеристику возраста.

Шестым направлением является динамический мониторинг психического и речевого развития ребенка с ЗРР мультидисциплинарной командой специалистов (при активном участии родителей) с целью коррекции программ комплексной помощи детям с ЗРР.

Седьмым направлением является оценка эффективности коррекционно-развивающей работы, изменение индивидуальной программы развития. Сегодня государственные и негосударственные образовательные учреждения предлагают услуги ранней диагностической и коррекционной помощи детям с ЗРР, т.е. индивидуальные маршруты (программы) развития, при мультидисциплинарном взаимодействии специалистов. В связи с тем что практических специалистов, владеющих технологиями психологического сопровождения детей раннего, младшего и среднего дошкольного возраста при ЗРР, чрезвычайно мало, то и качество таких образовательных услуг низкое.

Восьмым направлением является итоговая оценка эффективности развития ребенка с ЗРР, рекомендации (интеграция в группу нормально развивающихся дошкольников).

Данные направления работы дополняются подгрупповой семейноцентрированной формой помощи, которая должна быть интегративной, то есть вместе с детьми с ЗРР и их родителями в группе развиваются и дети группы «норма», что создает речевую среду и максимально положительно стимулирует родителей детей «группы риска по речевой патологии» к активным коррекционным действиям, в этом случае они становятся активными участниками коррекционного процесса. Данная модель проходила апробацию на базе центра системного воспитания дошкольников «Умный ребенок» с 2000-2008 год в рамках докторского исследования Е.В. Жулиной «Изучение и коррекция психического развития детей с задержкой речи в единстве раннего и дошкольного возраста».

В России вопросы ранней помощи детям не получили должной поддержки со стороны государства, поэтому нет системы ранней государственной помощи, как и нет подготовки специалистов, обладающих достаточной компетентностью для работы с данной категорией детей. В Москве и Санкт-Петербурге вопросы ранней помощи и скрининга в роддомах решены. В рамках муниципальных программ семьи проживающие в столицах, получают эту помощь бесплатно, остальные российские родители ищут эту помощь самостоятельно и за свои средства.

Итак, организация логопедического сопровождения ребенка раннего возраста с ЗРР по представленным выше направлениям работы логопеда позволит повысить качество и эффективность коррекции отклоняющегося развития, что, в свою очередь, определит эффективность их дальнейшей социализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст /под ред.Г.А.Таварткиладзе, Н.Д. Шматко.-М.: Полиграф сервис, 2002.- 68 с.
2. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни / под ред.Г.А.Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. -М.: Экзамен, 2004.-128 с.
3. Жулина,Е.В. Теоретические основы изучения и коррекции психического развития детей раннего и дошкольного возраста при задержке экспрессивной речи (коммуникативно-деятельностная традиция в современной логопсихологии)::монография/Е.В. Жулина.- Нижний Новгород.: НГПУ, 2008. -218 с.
4. Жулина,Е.В. Содержательно-организационные основы изучения и коррекции психического развития раннего и дошкольного возраста при задержке экспрессивной речи: монография/Е.В. Жулина.- Нижний Новгород.: НГПУ, 2008. -180 с.
5. Жулина,Е.В. Изучение и коррекция психического развития детей раннего и дошкольного возраста с задержкой речи: монография/Е.В. Жулина.- Германия.: PalmariumAcademicPublishin, 2008. -328 с.
6. Как развивается ваш малыш? / под ред.Ю.А.Разенковой. – М.: Просвещение, 2008.-80с.
7. Команда исследователей домов ребенка: Санкт-Петербург, РФ – США. Влияние изменения раннего социально-эмоционального опыта на развитие детей в домах ребенка./под ред.Р.Ж.Мухамедрахимова. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2009. – 296 с.
8. Коробейников,И.А. Патопсихологическая дифференциация некоторых форм психического недоразвития у детей старшего дошкольного возраста: автореф. дис...канд. психол. наук/И.А. Коробейников. М.,1980. – 23 с.
9. Коробейников,И.А. Нарушения развития и социальная адаптация/И.А. Коробейников. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.
10. Коррекция нарушений речи у дошкольников / под ред.Л.С.Сековец. – Москва: АРКТИ, 2005. – 244с.
11. Малофеев,Н.Н. Отечественные модели интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии, опасность механистического переноса западных моделей

- интеграции /Н.Н.Малофеев,Н.Д.Шматко // Актуальные проблемы интегрированного обучения: сб.науч. тр. – М.:Права человека, 2001. – С. 47–55.
12. Малофеев,Н.Н. Перспективы развития учебных заведений для детей с особыми образовательными потребностями в России/ Н.Н.Малофеев. // Актуальные проблемы интегрированного обучения: сб.науч. тр. – М.:Права человека, 2001. – С. 30–47.
13. Разенкова,Ю.А. Ранняя помощь детям: проблемы, факты, комментарии. /Ю.А.Разенкова. // Актуальные проблемы интегрированного обучения: сб.науч. тр. – М.:Права человека, 2001. – С. 230–252.
14. Ранние отношения и развитие ребенка / под.ред.Б.Борьесон, С.Бриттен, С.В.Довбня, Т.Ю.Морозова, К.Пакеринг. – СПб.: Питер, 2009. – 160 с.
15. Разенкова,Ю.А. Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям / Ю.А.Разенкова. – М.: Полиграф сервис, 2003. – 48 с.
16. Служба раннего вмешательства: методические рекомендации для практической работы с детьми в службе ранней помощи / под.ред.Л.В. Блохина, С.В. Калина, Н.И. Морозова, Л.В. Самарина, Т.И. Сивухина, И.И. Торопова. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. – 200 с.
17. Создание в России единой системы раннего выявления и ранней коррекции отклонений в развитии детей/ под.ред.Л.В. Блохина, С.В. Калина, Н.И. Морозова, Л.В. Самарина, Т.И. Сивухина, И.И. Торопова. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. – 200 с.
18. Семаго,Н.Я. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога/Н.Я.Семаго,М.М.Семаго. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.
19. Трошин,О.В. Ранняя диагностика и коррекция отклоняющегося развития /О.В.Трошин, Е.В.Жулина. – Н. Новгород: Изд-во НОДНП, 2004. – 36 с.
20. Трошин,О.В. Психологическое взаимодействие с неговорящим ребенком раннего и младшего дошкольного возраста средствами арт-терапии (семейно-центрированный подход)/О.В.Трошин, Е.В.Жулина. – Н. Новгород: НОДНП, 2005. – 131 с.

© Жулина Е.В., 2014