**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

1. ГЛУХОТА И ПРИЧИНЫ ЕЁ ВОЗНИКНОВЕНИЯ У РЕБЕНКА

2. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И НЕНАСЛЕДСТВЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ

3. ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛИТЕРАТУРА

**ВВЕДЕНИЕ**

Органы слуха, зрения и речи у ребенка имеют очень большое значение для становления его интеллекта, налаживания контактов с внешним миром. Патологии в развитии этих органов, как наследственные, так и приобретенные накладывают отпечаток на все функции организма ребенка. Разница только в степени тяжести таких отклонений и уровне приспосабливаемости ребенка к жизни с этой патологией. Знание особенностей и проблем данных патологий родителями и педагогическими работниками даст возможность оказать реальную помощь ребенку с патологией приспособиться к жизни в условиях недополучения информации и контактов с внешним миром. Это придает **актуальность** и теме данной работы.

**Объект** исследования: патологии органов слуха, зрения и речи.

**Предмет** исследования: особенности наследственных и ненаследственных патологий органов слуха, зрения и речи.

**Цель** исследования: выявить как особенности наследственных и ненаследственных патологий органов слуха, зрения и речи, так и средства их предупреждения.

На пути к поставленной цели решались следующие **задач**и: определить признаки глухоты и причины возникновения её у ребенка; выявить наследственные и ненаследственные патологии органов зрения; рассмотреть особенности врожденных и приобретенных нарушений речи.

Методы исследования: аналитические, наблюдения и определения.

Работа базировалась на трудах: Н.Л. Белопольской, Б.П. Пузанова, Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской, Т.Б. Епифанцева, Т.Е. Киселенко, И.А. Могилева, И.Г. Соловьева, Т.В. Титкова, В.И. Лубовского, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.

**1. ГЛУХОТА И ПРИЧИНЫ ЕЁ ВОЗНИКНОВЕНИЯ У РЕБЕНКА**

Рассматривая особенности наследственных и ненаследственных патологий слуха, дадим определение этим патологиям, среди которых выделяются глухота и тугоухость. Глухота - это полное отсутствие слуха или такая форма его понижения, при которой разговорная речь воспринимается лишь частично, с помощью слуховых аппаратов. Тугоухость - снижение слуха на оба уха, при котором возникают затруднения в восприятии речи, однако при усилении голоса это восприятие становится возможным.

Существуют различные взгляды на определение причин нарушений слуха. Наиболее часто выделяют 3 группы причин и факторов, которые вызывают патологию слуха (Д. И. Тарасов и др.). Первая группа причин и факторов носит наследственный характер. Данные причины приводят к нарушениям в структуре слухового анализатора и развитию наследственной тугоухости. На долю наследственных факторов детской глухоты приходится от 30 до 50% всех случаев. Наследственная глухота или тугоухость могут сочетаться с другими аномалиями органов и систем организма (заболевания органов зрения, патология костно-мышечной системы, нервной, эндокринной и т.д.).

Генетики, которые занимаются вопросами наследования глухоты, отмечают, что в гаметах человека может быть до 50 различных генов, влияющих на остроту слуха. Вероятность рождения глухого или слабослышащего ребенка резко возрастает, если один из родителей страдает наследственной формой глухоты. Если наследственная форма глухоты обнаруживается у обоих родителей, то вероятность рождения ребенка с неполноценным слухом превышает 50%.

Ко второй группе причин и факторов относят факторы эндогенного и экзогенного воздействия на орган слуха плода (без наследственного отягощения), ведущие к появлению врожденной тугоухости. Большое значение имеют болезни матери в период беременности. К подобным заболеваниям относят краснуху, грипп, паротит. Оказывает влияние также прием во время беременности ототоксических лекарств, резус-несовместимостью плода и будущей матери. На появление патологии развития слуха у ребенка влияет прием беременной женщиной алкоголя, наркотиков, а также работа на предприятиях с повышенной пыльностью и другими профессиональными вредностями (особенно в первые месяцы беременности).

Факторы третьей группы воздействуют на орган слуха здорового ребенка на разных стадиях его развития и приводят к возникновению приобретенной тугоухости. Наиболее часто причиной появления приобретенной тугоухости являются последствия перенесенного острого среднего отита. Степень снижения слуха при заболеваниях среднего уха различная. Но чаще всего встречаются легкая и средняя степень снижения слуха. Возникают они вследствие перехода воспалительного процесса на внутреннее ухо. Одной из причин возникновения тугоухости является воспаление ствола слухового нерва. Роль инфекционных заболеваний в этиологии нарушений слуха велика. Наиболее опасны такие заболевания, как эпидемический менингит, туберкулезный менингит, скарлатина и др.

Поражается слух под воздействием ототоксических антибиотиков (канамицин, стрептомицин, неомицин и др.) Около 50% случаев приобретенной тугоухости у детей наблюдаются после приема ототоксических атибиотиков (Д.И. Тарасов). Фактор риска при лечении этими препаратами - недоношенность, общая соматическая ослабленность ребенка.

К причинам, приводящим к нарушениям слуха, относят родовые травмы, наложение щипцов на головку плода при родоразрешении, оперативные вмешательства на среднем ухе (осложнение после операции), разрыв цепи слуховых косточек при травмах, аденоидные вегетации и др.

Таким образом, порой бывает сложно выявить первопричину возникновения слухового дефекта. Возможно сочетание сразу нескольких причин, приводящих к снижению слуха. В то же время, одна и та же причина может вызвать разные формы тугоухости или глухоты. По различным источникам, от 4до 6 % населения нашей планеты страдают теми или иными расстройствами слуха. Однако подавляющее большинство людей с дефектами слуха относятся к категории слабослышащих.

**2. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И НЕНАСЛЕДСТВЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ**

В процессе восприятия предметов и явлений окружающего мира с помощью зрения мы узнаем о форме, величине, цвете предметов, их пространственном расположении и степени их удаленности. Такую богатую информацию мы получаем с помощью различных функций зрения. К основным (базовым) функциям зрения относятся: острота зрения, цветоразличение, поле зрения, характер зрения и глазодвигательные функции. Снижение любой из перечисленных функций неизбежно влечет за собой нарушения, как в ходе самого процесса, так и в результате зрительного восприятия.

Нарушение функции остроты зрения может быть вызвано нарушением преломляющей силы оптической системы глаза (рефракции) и проявляться в видемиопии (близорукости), гиперметропии (дальнозоркости), астигматизма (преломляющая система глаза отличается в различных меридианах).

**Близорукость.** Различают две формы близорукости: кажущуюся близорукость и простую близорукость. При кажущейся близорукости ребенок может ясно видеть на расстоянии 4-6 см, т.е. на расстоянии более близком, чем то, которое требуется дальнозоркому и взрослому нормальновидящему человеку. Однако это кажущаяся близорукость, и она не требует коррекции очками.

Не кажущаяся - **простая близорукость** - чаще развивается у ослабленных детей после 3-летнего возраста. Она чаще всего связана с увеличением переднезаднего диаметра глаза. При настоящей близорукости параллельные лучи сходятся не на сетчатке, а впереди нее. На сетчатку могут попасть лишь те лучи, которые отражаются от близко расположенных предметов. При резко выраженной близорукости точка ясного видения может находиться на расстоянии не ближе 25 см от глаз. Для исправления близорукости применяют очки с двояковогнутыми линзами и другие коррекционные средства. При оптической коррекции уменьшается преломление аккомодационных сил, лучи, идущие от удаленных предметов, будут сходиться на сетчатке, и предмет будет четко виден. В развитии близорукости задействованы почти все механизмы зрения: анатомический, оптический, физиологический и глазодвигательный.

Среди детей в настоящее время резко возросло число близоруких. По мнению В.С. Беляева, начало близорукости связано с двумя моментами: общей гиподинамией и перегрузкой цилиарной мышцы вследствие увеличения продолжительности работы ее вблизи. В процессе перенапряжения мышцы у детей постепенно развивается оптическое состояние мышцы, которое становится привычным. При отсутствии систематического расслабления цилиарной мышцы при взгляде вдаль наступает так называемый спазм аккомодации, который является начальным, пусковым моментом «рабочей» близорукости.

Общая гиподинамия, т.е. малоподвижный образ жизни детей, может не только усиливать спазм аккомодации, но и приводить к изменениям обмена, тканевым отклонениям от нормы. Излишняя работа вблизи ведет не только к перегрузке цилиарной мышцы, ее гипотрофии (чрезмерному уменьшению), но и к изменению локального обмена, как в самой мышце, так и в нервах, склере и хрусталике.

При тяжелой форме близорукости наблюдается тенденция к усиленному растяжению склеры с резким осевым удлинением глаза спереди назад, может наряду с глубоким нарушением зрения наступить тяжелое повреждение оболочки глаза и ее рецепторного слоя - сетчатки, вплоть до отслоения. Различные по степени нарушения остроты зрения могут обусловливать возникновение близорукости разной степени: слабой (до 3,0 дптр.), средней (3,0-6,0 дптр.), сильной (6 и более дптр.). Скорость снижения остроты зрения обусловливает наличие различных видов близорукости: стабильной (до 0,5 дптр в год), медленно прогрессирующей (0,5-1,0 дптр. в год), быстро прогрессирующей (более 1,0 дптр в год).

**Дальнозоркость.** Различают два вида дальнозоркости: естественную детскую и обычную. При дальнозоркости у новорожденных роговица и хрусталик более выпуклые, чем у взрослого человека. В естественных условиях у новорожденного радиус кривизны передней поверхности хрусталика почти вдвое меньше по сравнению со взрослыми людьми, а расстояние между границами основных преломляющих сред также меньше, чем у взрослых. Передне-задний диаметр глаза меньше примерно на 25%.

Строение глаза у ребенка обусловливает более сильное преломление лучей, в результате которого параллельные лучи будут сходиться позади сетчатки и не обеспечат ясного видения предмета. Для того чтобы лучи сошлись на сетчатке, необходимо дополнительное усилие со стороны ресничного тела и мышцы и регуляция аккомодации. Для исправления дальнозоркости требуется усилить преломление при помощи очков с двояковыпуклыми линзами.

**Косоглазие.** Нарушение глазодвигательной функции, характеризующееся отклонением одного из глаз от общей точки фиксации, приводит к возникновению косоглазия. Условно его разделяют на содружественное и паралитическое. Паралитическое косоглазие характеризуется ограничением (парез) или отсутствием (паралич) подвижности глаза, который косит в стороны парализованной мышцы. Этот вид косоглазия возникает вследствие травм, опухолей, инфекций, интоксикаций, кровоизлияний.

Содружественное косоглазие характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от совместной точки фиксации и нарушением функции бинокулярного зрения. Подвижность глаз во всех направлениях при этом свободна, угол отклонения правого и левого глаза равен как по величине, так и по направлению, косят чаще всего один глаз или оба поочередно. В зависимости от того, куда отклонен глаз, наблюдается внутреннее, или сходящееся, и наружное, или расходящееся косоглазие, а также косоглазие кверху и книзу. К появлению содружественного косоглазия могут привести различные этиологические факторы: заболевания центральной нервной системы; нарушения рефракции; аномалии глазодвигательного аппарата.

Часто косоглазие может являться причиной снижения работоспособности косящего глаза, вследствие чего глаз перестает участвовать в акте зрительного восприятия и характер зрения из бинокулярного становиться монокулярным или альтернирующим (восприятие осуществляется попеременно то одним, то другим глазом). У детей косоглазие чаще всего появляется на 2-3 году жизни, иногда становится заметным после какой-либо тяжелой болезни или испуга.

**Нистагм.** При наличии нарушений глазодвигательных функций в виде нистагма, характеризующегося самопроизвольными колебательными движениями глазных яблок (дрожанием глаз), даже при достаточно высокой остроте зрения имеет место нечеткость восприятия. Различают физиологический и патологический нистагмы.

Одной из форм физиологического нистагма является так называемый оптокинетический нистагм, возникающий при рассматривании быстро движущихся перед глазами объектов. Оптокинетический нистагм обычно наблюдается у детей 4-5 месяцев, что соответствует началу развития функций лобных долей головного мозга. У детей с нарушением зрения часто отмечается патологический нистагм. Причину можно видеть в патологии, часто встречающейся в период внутриутробного развития, во время родов и в послеродовый период, это предполагает организацию лечебно-восстановительной и коррекционной работы с детьми.

**Амблиопия**. У некоторых детей нередко встречается так называемая амблиопия, развивающаяся вследствие бездействия зрения при отсутствии видимых анатомических изменений органа зрения, в частности, при содружественном косоглазии. Но амблиопия бывает и у детей, которые смотрят прямо. При амблиопии затрудняется процесс рассматривания мелких предметов, нарушается фиксация взора, восприятие формы и величины предметов. Формы амблиопии и степень снижения зрения могут быть различными. Поэтому при наличии амблиопии на один или оба глаза, следует принимать во внимание понижение центрального и периферического зрения, состояние зрительной фиксации, поле взора и др. Различают следующие виды амблиопии: дисбинокулярная, обскурационная, рефракционная, истерическая.

Дисбинокулярная амблиопия возникает вследствие расстройства бинокулярного зрения. Понижение зрения развивается вследствие косоглазия. Дисбинокулярная амблиопия может быть двух видов: амблиопия с правильной (центральной) фиксацией (фиксирующий участок - центральная ямка сетчатки); амблиопия с неправильной (нецентральной) фиксацией (фиксирующим становится любой другой участок сетчатки). Последняя встречается в 70-75 % случаев.

Рефракционная амблиопия возникает вследствие аномалий рефракций, которые в данный момент не поддаются коррекции. При ношении правильно подобранных очков постепенно острота зрения может повыситься, вплоть до нормальной. Причиной возникновения этого вида амблиопии является постоянное и длительное проецирование на сетчатку глаза неясного изображения предметов внешнего мира при высокой дальнозоркости и астигматизме.

Обскурационная амблиопия развивается в результате помутнения оптических сред глаза (катаракты, помутнений роговицы), преимущественно врожденных или рано приобретенных. Диагноз ставится, если низкое зрение сохраняется, несмотря на устранение помутнений и отсутствие анатомических изменений в заднем отделе глаза (после экстракции катаракты).

Истерическая амблиопия возникает внезапно, чаще всего после какого-либо аффекта. Функциональные расстройства на почве истерии могут принимать характер ослабления или потери зрения. Эта форма амблиопии встречается довольно редко.

**Нарушение функции цветоразличения**. При нарушении различительной способности к цвету учащиеся испытывают затруднения при узнавании разных цветов. Существуют разные типы нарушений цветового зрения: полная цветовая слепота: все цвета кажутся серыми (так называемая ахромазия); частичное нарушение цветоразличения: неразличение оттенков красных и зеленых цветов. В этом случае все цвета нередко воспринимаются в двух основных тонах - желтом и голубом. В некоторых случаях отмечается преимущественное снижение различительной способности к красным, в других - зеленым лучам; частичное нарушение цветоразличения сине-фиолетовой части спектра. В этом случае спектр воспринимается в красном и голубовато-зеленом тонах.

Врожденные и приобретенные формы нарушения цветоразличения характеризуются разными признаками (Е.Б. Рабкин). При врожденных и приобретенных формах цветоаномалий чувствительность зрительного анализатора к разным участкам спектра различна. Так, при врожденных нарушениях отмечается снижение чувствительности главным образом к красному и зеленому цветам, а при приобретенных нарушениях - к трем основным цветам: красному, зеленому, синему.

Таким образом, врожденные формы нарушений цветоразличения имеют устойчивый, стабильный характер, а приобретенные весьма изменчивы, могут переходить одна в другую. Цветоразличительная функция при приобретенных формах нарушений может давать значительные сдвиги в развитии и даже полностью нормализоваться.

**3. ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ**

Дети с нарушениями речи выделяются в особую группу среди детей с различными патологиями. Наука, занимающаяся нарушениями речи, способами их преодоления и коррекции, называется логопедией. Логопедия - один из разделов дефектологии. Коммуникативная функция является важнейшей в отношениях между людьми, поэтому различные нарушения речи препятствуют нормальному общению. В современной психологии различают две формы речи: внешнюю и внутреннюю.

**Внешняя речь** подразделяется на устную и письменную. Устная речь, в свою очередь, включает два вида речи: диалогическую и монологическую. Диалогическая речь - это самая простая форма речи, возникающая при общении двух собеседников. Монологическая речь - это изложение какой-либо информации одним человеком в определенной последовательности. Обычно монологическая, речь, имея свои особенности, нарушается больше, чем диалогическая. Второй вид внешней речи - письменная речь. Письменная и устная речь непосредственно связаны между собой: при нарушениях устной речи, как правило, страдает и письменная.

**Внутренняя форма речи** это речь «про себя». Она возникает при мыслительной деятельности человека, отличается сжатостью и отсутствием эмоциональных проявлений. В эволюционном развитии ребенок вначале овладевает внешней стороной речи, которая в возрасте около 3 лет приобретает свойства внутренней речи, и ребенок становится способным планировать свои действия «в уме». На основе мыслительной деятельности строится внешнее речевое высказывание, или звучащая речь. Речь имеет важнейшее значение в развитии ребенка. Процесс овладения речью происходит у детей неодинаково. В период формирования устной, а в последующем письменной речи могут возникнуть различные нарушения. Они затрудняют общение с окружающими, создают препятствия для успешного овладения системой знаний при обучении.

«Этиология» - это греческий термин, обозначающий учение о причинах. Еще античный философ и врач Гиппократ занимался проблемами этиологии различных нарушений, в том числе и речевых. Он связывал нарушения речи с поражением головного мозга. Другой не менее известный философ, Аристотель видел причины различных речевых отклонений в нарушениях строения периферического речевого аппарата. Исходя из этого, можно утверждать, что появилось два направления в понимании причин различных речевых отклонений. Согласно первому, причина всех речевых нарушений - повреждение головного мозга; согласно второму - повреждение периферического речевого аппарата.

Научное подтверждение высказанного Гиппократом предположения о том, что поражение головного мозга является причиной речевых нарушений, было дано только в XIX в. Французский врач П. Брока открыл в головном мозге поле, которое относится к речи; поражение этого поля он связал с потерей речи. Через несколько лет аналогичное открытие сделал другой ученый - К. Вернике, который также открыл связь понимания с сохранностью конкретного поля коры головного мозга.

Российские исследователи предпринимали попытки классифицировать все речевые нарушения в зависимости от причин их возникновения. Так, М. Е. Хватцев разделил причины речевых нарушений на внешние и внутренние, выделив также органические, функциональные, социально-психологические и психоневрологические причины.

К органическим причинам М.Е. Хватцев отнес различную внутриутробную патологию, возникающую в период от 4 недель до 4 месяцев развития плода, в момент родов или сразу после рождения. К этим же причинам он отнес органические поражения периферических органов речи (например, расщепление нёба и другие изменения в артикуляционном аппарате). В возникновении речевых нарушений большое значение М.Е. Хватцев отводил экзогенно-органическим факторам, отнесенным им же к группе органических поражений (центральной и периферической нервной системы). К ним относятся «различные неблагоприятные воздействия (инфекции, травмы, интоксикации и др.) на ЦНС ребенка и на его организм в целом»

Если вредное воздействие на ребенка было оказано еще в утробе матери, то говорится о внутриутробной патологии; при родах и после них - о натальной и постнатальной патологии соответственно. Ведущим нарушением этого периода принято считать асфиксию и родовую травму. Причинами, приводящими к нарушениям речи у детей, может являться также несовместимость резус-фактора крови матери и ребенка. При внутриутробном поражении мозга отмечаются самые тяжелые случаи речевых нарушений, которые могут сочетаться с другими нарушениями - слуха, зрения, интеллекта. Если к нарушениям органического характера присоединяются неблагоприятные условия воспитания и окружения ребенка в 1-й год жизни, то возникшие нарушения только усиливаются.

Функциональные причины М.Е. Хватцев связывал с учением И.П. Павлова, о различных отклонениях в соотношении таких психических процессов как возбуждение и торможение в центральной нервной системе. Психоневрологическими причинами он считал умственную отсталость, различные нарушения памяти и расстройство других психических функций. Не остались без внимания и социально-психологические причины, под которыми он понимал неблагоприятные воздействия окружающей среды. Все причины речевых нарушений можно разделить на внешние и внутренние.

При выявлении причин речевых нарушений необходимо учитывать критические периоды в развитии речи ребенка, когда психика и развитие отдельных речевых элементов наиболее уязвимы и в связи с этим повышается риск возникновения различных нарушений речи. Принято выделять 3 критических периода в развитии речи.

-й критический период (возраст 1-2 года). Начинает формироваться речь, у ребенка появляется повышенная потребность в общении. В этом возрасте наиболее важным является центр Брока. Любые неблагоприятные факторы, влияющие на ребенка, могут привести в дальнейшем к нарушениям речи. 2-й критический период (3 года). В этом возрасте происходит более интенсивное развитие речи, переход от речи в какой-либо ситуации к контекстной речи, что требует интенсивной работы нервной системы и интенсивного протекания психических процессов. В результате перенагрузки речевой системы могут возникнуть такие нарушения, как заикание и др. Ребенок может отказаться от речевого общения, замкнуться в себе, проявлять протест в различных формах. Иногда такой вид заикания называют эволюционным заиканием, т.е. связанным с определенным возрастом ребенка. 3-й критический период (возраст 6-7 лет). Период, когда большинство детей идут в школу и начинают овладевать письменной речью, что является дополнительной нагрузкой для психики. Ребенку предъявляют повышенные требования, в результате чего могут возникнуть срывы нервной системы, приводящие к заиканию.

Выделенные периоды могут, как играть роль предрасполагающих факторов, так и быть самостоятельными, а также могут сочетаться с другими неблагоприятными факторами. К причинам, приводящим к нарушениям речи, можно в какой-то степени отнести и наследственные факторы (различные хромосомные и генетические заболевания). Иногда они являются ведущими в образовании дефекта, иногда - предрасполагающими факторами.

Таким образом, все этиологические факторы, приводящие к нарушениям речи, полиморфны и сложны. Обычно встречается сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения головного мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов.

глухота наследственный зрения патология

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Рассматривая особенности наследственных и ненаследственных патологий слуха, зрения и речи дадим определение этим патологиям.

Глухота - это полное отсутствие слуха или такая форма его понижения, при которой разговорная речь воспринимается лишь частично, с помощью слуховых аппаратов. Тугоухость - снижение слуха на оба уха, при котором возникают затруднения в восприятии речи, однако при усилении голоса это восприятие становится возможным.

К основным (базовым) функциям зрения относятся: острота зрения, цветоразличение, поле зрения, характер зрения и глазодвигательные функции. Снижение любой из перечисленных функций неизбежно влечет за собой нарушения, как в ходе самого процесса, так и в результате зрительного восприятия.

Речь, являясь важнейшей коммуникативной функцией в отношениях между людьми, относится к основным органам, обеспечивающим полноценное развитие ребенка. Поэтому различные нарушения речи препятствуют не только нормальному общению, но и умственному развитию, социализации и адаптации ребенка.

Все эти органы подвержены риску патологии как на генетическом уровне, а также во внутриутробном, младенческом и детском развитии человека.

Современная наука в области генетики, биологии человека, медицины достигли такого уровня, что позволяют при ранних сроках диагностики патологии внести коррективы в развитие плода, а затем и ребенка. В свою очередь педагогическая наука и практика выработали методики, помогающие ребенку наиболее полно развить свои природные возможности и при наличии указанных патологий.

Таким образом, знание особенностей наследственных и ненаследственных патологий органов слуха, зрения, речи помогут в воспитании ребенка, отягощенного этими патологиями.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Детская патопсихология: хрестоматия [Текст] / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.: Когито-Центр, 2001. - 459 с.

. Дефектология: словарь-справочник [Текст] / Под ред. Б.П. Пузанова. - М.: Новая школа, 1996. - 542 с.

. Логопедия [Текст] / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. - М.: Владос, 2002. - 680 с.

. Настольная книга педагога-дефектолога [Текст] / Т.Б. Епифанцева, Т.Е. Киселенко, И.А. Могилева, И.Г. Соловьева, Т.В. Титкова. - Ростов-н/Д: Феникс, 2005. - 576 с.

. Специальная психология [Текст] / В.И. Лубовский, Т.В. Розанов, Л.И. Солнцева и др.; под ред. В.И. Лубовского. - 2-е изд., испр. - М.: Изд. Центр «Академия», 2007. - 454 с.

. Столяренко, Л.Д. Педагогическая психология [Текст] / Л.Д. Столяренко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Ростов-н/Д: Феникс, 2003. - 544 с.