Психологическое сопровождение учащихся после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования

ВВЕДЕНИЕ

Развитие средств высокотехнологичной помощи людям с нарушением слуха опосредует новые тенденции развития человека, который в результате коррекционных, развивающих, реабилитационных и абилитационных мероприятий сможет полноценно социализироваться в среде слышащих. Одним из таких средств на сегодняшний день является операция кохлеарной имплантации. инклюзивный психологический сопровождение слух

Вопросы психологического сопровождения детей с нарушениями слуха в нашей стране впервые стали подниматься в начале ХХ века и были непосредственно связаны с первыми психологическими исследованиями таких детей. Интерес к теме психологического сопровождения глухих и слабослышащих детей был обусловлен необходимостью обоснования методов педагогического воздействия. Весомый вклад в развитие психологопедагогического сопровождения детей с нарушениями слуха внесли Л.С. Выготский, Л.В. Занков, И.М. Соловьев, Д.М. Маянц, Ж.И. Шиф, М.М. Нудельман, А.Н. Поросятникова, Э.С. Бейн, М.Е. Хватцев, Т.А. Власова, Н.Г. Морозова, А.П. Розанова, Г.Л. Выгодская, В.Г. Петрова, Н.В. Яшкова, С.А. Зыков, Л.И. Тигранова, В.А. Синяк, А.А. Венгер.

Вопросами организации психолого-педагогического сопровождения, воспитания и обучения детей после кохлеарной имплантации в нашей стране занимаются И.В. Королева, О.В. Зонтова, Т.В. Пелымская, Н.Д. Шматко, О.С. Орлова, Н.В. Тарасова, О.С. Жукова.

Пик популярности кохлеарной имплантации в Российской Федерации пришелся на момент изменения привычной системы образования в сторону интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в среду нормально развивающихся сверстников. Родители получили право выбирать образовательную организацию, в которой их ребенок будет получать воспитывающую, развивающую, обучающую и коррекционную высокопрофессиональную педагогическую помощь, не ограничиваясь в выборе таковой установленными ограничениями возможностей здоровья. Если раньше дети с нарушениями слуха, пройдя психолого-медикопедагогическую комиссию, получали рекомендации к обучению по программе глухих или слабослышащих и направление в конкретную коррекционную школу I-II вида, то сейчас такие дети оказались в праве обучаться по адаптированной основной общеобразовательной программе в любой общеобразовательной образовательной организации, имеющей лицензию на осуществление такого вида обучения. Таким образом, родители детей с установленным кохлеарным имплантом, вне зависимости от успешности проведенной операции и последующей реабилитации, оказались перед выбором: идти в школу с устоявшейся системой комплексной специальной коррекционно-развивающей помощи для детей с нарушениями слуха или выбрать образовательную организацию, руководствуясь иными критериями (территориальная близость к дому, опыт успешной инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья, желание скорейшего «выравнивания» показателей развития своего ребенка относительно нормально развивающихся одноклассников и прочее). Так ребенок с нарушениями слуха оказывается в общеобразовательной организации, реализующей инклюзивное обучение, где он должен получить весь спектр специальной помощи: дефектологической, логопедической и психологической. Поэтому в настоящее время организация психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования является актуальной.

Целью диссертационной работы является разработка и апробация модели психологического сопровождения учащихся после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования.

Объект исследования: младшие школьники после кохлеарной имплантации.

Предмет исследования: пути совершенствования психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть особенности современной системы инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья на основе изучения литературы.

2. На основе анализа психолого-педагогической и специальной психологической литературы выявить особенности психического развития детей с нарушениями слуха.

. Разработать психодиагностическую программу и диагностический инструментарий для изучения особенностей психического развития детей с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

. Изучить особенности психического развития детей после кохлеарной имплантации.

. Теоретически обосновать, разработать, апробировать и оценить эффективность предложенной модели психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации на базе общеобразовательной организации.

Гипотеза исследования: внедрение новой модели психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования будет способствовать успешной адаптации к учебному процессу, более эффективному развитию высших психических функций, повышению уровню мотивации к обучению в целом.

Методы исследования включали анализ научно-методической литературы, констатирующий, обучающий и контрольный эксперименты, анализ школьной документации, наблюдение в педагогическом процессе.

Научная новизна исследования состоит в реализации эксперимента по моделированию и внедрению системы психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что обобщены теоретические представления о современной системе инклюзивного образования, выявлены особенности психического развития детей после кохлеарной имплантации, уточнены возможности диагностического инструментария для изучения высших психических функций детей после кохлеарной имплантации.

Практическая значимость разработана и апробирована модель психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялись:

- в ходе экспериментальной работы в Отделении «Интернат» для детей с нарушением слуха №101 им С.Я. Кривовяза ГБОУ «Курчатовская школа» г. Москвы;

- в форме выступления на педагогическом совете по теме психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в общеобразовательной организации;

- посредством участия во Всероссийской научно-практической конференции по вопросам организации и содержания обучения детей с умеренной умственной отсталостью и со сложной структурой дефекта , ноябрь 2014;

- в форме выступления на Тематическом круглом столе по вопросам сопровождения детей после кохлеарной имплантации в рамках проведения обучающих мероприятий для специалистов образовательных организаций, работающих с детьми после кохлеарной имплантации, в условиях инклюзивной школы (Мин. образования и науки РФ, «СУВАГ») с докладом по теме «Психологическое сопровождение детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования», ноябрь 2015;

- в виде публикации статьи «Опыт организации психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования» в сборнике научных статей «Актуальные вопросы психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивном обучении».

Структура работы: Работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1.1 Современная система инклюзивного образования

Образовательная интеграция (инклюзия) основывается на концепции «нормализации», подразумевающей под собой приближенность образа и уклада жизни детей с ограниченными возможностями здоровья к условиям жизни общества, в котором они пребывают. Принципы «нормализации» зафиксированы международными правовыми актами: «Декларацией прав ребенка», «Декларацией о правах лиц с отклонениями в интеллектуальном развитии», «Декларацией о правах инвалидов». Основополагающими принципами интеграции являются следующие утверждения:

1. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья помимо особых образовательных потребностей имеет общие потребности, наравне с нормально развивающимися детьми - потребность в любви и стимулирующих развитие условиях.

2. Жизнь ребенка с ограниченными возможностями здоровья должна быть максимально приближена к обычной.

. Наиболее благоприятным для роста и развития местом для ребенка является его родной дом, поэтому органы местного самоуправления обязаны способствовать воспитанию детей в собственных семьях.

. Правом и возможностью обучаться обладают все дети без исключения, независимо от степени и глубины нарушений их развития, поэтому каждому из них должна быть предоставлена среда, наиболее полно удовлетворяющая их специальные потребности в воспитании, обучении, коррекции и абилитации.

На данный момент создание условий для полноценного воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья выделено в один из приоритетов социальной политики. Интеграция и/или инклюзия является одним из определяющих и действенных механизмов построения инклюзивного общества, то есть общества для всех в общем и каждого в частности его членов.

О необходимости создания такой системы обучения, в которой ребенок с ограниченными возможностями здоровья не исключался бы из общества нормально развивающихся детей, говорил еще Л.С. Выготский [13]. Он отмечал, что несмотря на многочисленные достоинства, сложившаяся отечественная система специального образования, построенная на принципе сегрегации детей с особенностями развития, замыкая ребенка в узкий круг детей с подобными нарушениями, акцентирует его внимание на своем недостатке и ограничивает от взаимодействия с другим окружающем его миром. Таким образом, ребенок с ограниченными возможностями здоровья вместо приобретения навыка успешной адаптации к условиям реальной жизни, развивает в себе привычки, которые ведут к еще большей его изоляции. Исходя из этого, ориентация на нормально развивающихся детей становится сейчас отправной точкой реструктурирования системы специального образования с целью подчинения специальных знаний и обучения общим воспитанию и обучению.

Интеграция в образовательном процессе - явление не новое. В истории специальной педагогики много примеров обучения детей с ограниченными возможностями здоровья вместе с нормально развивающимися детьми [24]. Однако, успешного опыта в этом направлении мало в связи с тем, что обычный учитель не обладал достаточными средствами специального обучения. Таким образом, наряду с процессом ложной интеграции детей с особыми образовательными потребностями активно развивалась их сегрегация в форме развития специальных образовательных направлений для детей со схожими нарушениями развития.

Обучение по принципу инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья вместе с обычными детьми является логическим продолжением идей обучения по принципу интеграции, которое предшествовало инклюзии по времени, идеологии и технологиям осуществления. Разница между понятиями «интеграции» и «инклюзии» в образовании обусловлена разной степенью включенности детей с особенностями развития в образовательный процесс. Если интеграция возвращает таких детей из системы специального образования в систему общего образования, обязуя их овладением учебной программой общеобразовательной школы в полном объеме, то инклюзия подразумевает, что обучение детей с особыми образовательными потребностями будет организовано по принципу разработки и реализации индивидуальной образовательной программы с учетом потребностей и особенностей каждого его участника.

Образовательная инклюзия (инклюзивная форма обучения и воспитания) - это обоснованный этап развития системы образования в любой высокоразвитой стране мира, в том числе и в Российской Федерации. В процессе инклюзии у всех участников образовательного процесса меняется отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья с усилением гуманистической составляющей учебного процесса, а также социальной и воспитательной направленности обучения [36].

Инклюзивное образование - это долгосрочная стратегия, в ходе которой реализуется системный подход в организации обучения и воспитания в их совокупности, по всем направлениям. Инклюзия охватывает всех участников образовательного процесса: детей с ограниченными возможностями здоровья, их родителей, нормально развивающихся учащихся, педагогов (учителей, воспитателей, дефектологов, психологов, педагогов дополнительного образования и др.), администрации [25]. Таким образом, задачами функционирования образовательной организации является не только удовлетворение особых образовательных потребностей ее обучающихся, но и обеспечение качественного взаимодействия между специалистами, детьми и родителями с целью достижения взаимопонимания и согласия в выбранном направлении реализации образовательной программы.

Инклюзивная форма обучения, не являясь обязательной для детей с ограниченными возможностями здоровья, но помогающее их сохранять привычное социальное окружение и реализовывать право на получение образования, является при этом формой обучения детей, которая не должна абсолютно заменять собой традиционные дефектологические формы помощи детям с особыми образовательными потребностями, сформированные и хорошо зарекомендовавшие себя в системе специального образования. Настоящая инклюзия нацелена на взаимодействие общей и специальной систем образования, не противопоставляя их друг другу [36]. Детям с ограниченными возможностями здоровья, включенными в систему инклюзивного образования на базе образовательной организации, осуществляющей обучение по основной общеобразовательной программе, необходимо дополнительно получать специальную коррекционную помощь, которую должны оказывать учителя-дефектологи, консультативнодиагностические пункты, психолого-медико-педагогические консилиумы специальных (коррекционных) школ.

Еще одним фактором успешной инклюзии является многоуровневая организация процесса, исходящей из необходимости замены установки приоритета усредненности потенциала всех обучающихся на приоритет разнообразия их потенциалов с учетом недопуска преобладания интересов одной или нескольких групп. То есть инклюзивное образование не должно быть направлено на абсолютное выравнивание детей с особыми образовательными потребностями относительно нормально развивающихся сверстников, но и не должно изменять качество образовательных услуг всей популяции обучающихся под возможности отдельно взятого ребенка и/или детей.

Анализируя степень развития интегративной (инклюзивной) формы обучения и воспитания, следует иметь в виду, что в России есть ряд не имеющих западных аналогов научных разработок в области дефектологии и специальной психологии, которые логически связаны с процессом интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания. Среди ученых, чьи теоретические идеи и практические исследования заложили основы интегративного обучения у нас в стране, прежде всего необходимо назвать Э. И. Леонгард, Б. Д. Корсунскую, Г. Л. Зайцеву, Н. Н. Малофеева, Н. Д. Шматко, А. Н. Коноплеву, Т. С. Зыкову, Т. В. Пелымскую, Т. Л. Лещинскую, М. Л. Любимова, Н. М. Назарову, Л. И. Тигранову, Е. А. Шкатову, Л. М. Кобрину, Д. В. Шамсутдинову, Л. М. Щипицину, Т. В. Фуряеву и др.

.2 Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушением слуха

Первичный дефект - нарушение слуха - возникнув в детстве, пускает развитие психики ребенка по отклоняющемуся от нормы пути развития, приводя его к возникновению вторичных нарушений. Ограниченное поступление информации со стороны нарушенного слухового анализатора создает необычные условия для развития психики ребенка: в первую очередь наблюдается дефицитарное развитие речи. В структуре развития ребенка с нарушенным слухом мы отмечаем помимо первичного недостатка слухового анализатора отклонения в формировании и функционировании речи, а также связанных с ней психических процессов. Также необходимо отметить тот факт, что не только первичный дефект создает благоприятную почву для развития вторичной симптоматики, но и наоборот, вторичный дефект усугубляет проявления первичного дефекта.

Первично нарушенный слух детей не является абсолютной детерминантой своеобразно развивающейся психики глухого ребенка. Действительно, невозможность в раннем возрасте различать речевые звуки влечет за собой отклонения в развитии устной речи и коммуникаций посредством ее. Однако, остальные отклонения обусловлены уже не только и не столько нарушением слухового восприятия, сколько нарушением речи и речевого общения. Отсюда происходят особенности в развитии мышления и познавательной деятельности в целом.

При рассмотрении психолого-педагогических особенностей развития детей с нарушением слуха следует отметить, что по степени нарушения слуха эта категория детей делится на глухих и слабослышащих. Р. М. Боскис в своем исследовании выделила критерий разграничения этих двух групп детей: изучение каждого ребенка с нарушенным слуха проводилось параллельно в оценке состояния и слуховой, и речевой функции. Таким образом, к категории слабослышащих детей были отнесены те дети, которые при помощи своего неполноценного слуха овладевают речью хотя бы в самой минимальной степени [57]. Потеря слуха у таких детей обычно составляет менее 70 дб, и они способны воспринимать на слух разговорную речь нормальной громкости (минимально - у самой ушной раковины). Потеря слуха более 70 дб означает невозможность для ребенка самостоятельно овладевать речью с опорой на слух. Такие дети способны научиться устной речи только при условии использования специальных методов обучения на основе сохранных анализаторов (зрительного, тактильно-вибрационного, кинестетического и др.)

Помимо этого, степень вторичного дефекта устной речи зависит также от времени возникновения первичного нарушения. Речь страдает в большей степени у детей с ранним началом нарушения слуха. Глухой от рождения или оглохший до начала развития речи ребенок может овладеть речью только при условии применения специальных методов обучения. Позднооглохший ребенок (или ребенок «глухой, сохранивший речь») - это ребенок, утративший слух после овладения речью или же сумевший сохранить речь (при потере слуха в 2-3 года с последующей своевременно примененной специальной педагогической помощью) [6]. Развитие мышления такого ребенка более сходно с его развитием у детей с сохранным слухом, нежели у ранооглохших детей. Причем это сходство прямо коррелируется со степенью сохранности речевого запаса и возможностью вербально отражать окружающую действительность, опираясь на обобщения.

Основываясь на многолетнем опыте отечественных сурдопедагогов и сурдопсихологов, рассмотрим психолого-педагогическую характеристику детей с нарушениями слуха.

Развитие познавательной сферы Ощущение и восприятие

В связи с дефицитарным развитием слуховой функции слуховые ощущения у таких детей резко ограничены, вследствие чего ведущим становится зрительный анализатор, компенсируя своей работой естественную потребность в познании окружающего мира и в овладении речью. Глухие дети воспринимают речь говорящего по большей части с опорой на зрительное восприятие. Помимо этого, важную роль в процессе познания у детей с нарушениями слуха играют осязательные и двигательные ощущения. Двигательные ощущения, в частности, имеют большое значение в овладении речью. Так, слышащий ребенок при совершении ошибки в произнесении того или иного слова в качестве контроллера использует слух, глухой же опирается при этом на кинестетические ощущения, который он получает от движений артикуляционного аппарата. Именно двигательные ощущения являются у глухих средствами самоконтроля при формировании речи устной, а также дактильной и мимической (в зависимости от системы обучения). Однако, как отмечал И.М. Соловьев [57, с.21], «утрата слуха крайне отрицательно влияет на кинестетический анализатор». Здесь имеется в виду неполноценное включение кинестезии речедвигательного аппарата.

Внимание

Внимание - это состояние сознания человека, при котором он сосредотачивает и направляет процессы познания для более полного восприятия действительности. Внимание является динамической характеристикой деятельности, активизирующей необходимые и тормозящей неактуальные в данный момент психические процессы. Оно обуславливает произвольное восприятие поступающей информации, способствует регуляции и контролю деятельности. При оценке состояния функции внимания дается характеристика нескольким его свойствам: объему, устойчивости, распределению, переключению и концентрации. Свойства внимания формируются у детей постепенно.

Ведущим типом внимания в дошкольный период является непроизвольное внимание, имеющее пассивный характер. Произвольное внимание продукт воспитания и обучения, те есть обусловлено воздействием со стороны взрослых, побуждающих ребенка удерживать внимание на предмете обучения. Произвольное внимание имеет активный характер, сложную структуру. По мнению А.Н. Леонтьева, вначале гораздо быстрее идет развитие внешне опосредствованного внимания. В школьном возрасте наступает перелом, который характеризуется тем, что внешне опосредствованное внимание становится внутренне опосредствованным.

Первоначально произвольное внимание опосредовано общением ребенка со взрослыми. Указательный жест, речевая инструкция взрослых выделяют из окружающего мира определенный предмет. Постепенно ребенок начинает строить свое поведение на основе самоинструкций, путем самостоятельной постановки задач. Сначала самоинструкции даются во внешней развернутой речевой форме.

В начальный период развития произвольного внимания необходимо внешнее подкрепление. Затем происходит интериоризация, перенос соответственных действий, относящихся к деятельности внешней, в умственный, внутренний план. Детям с нарушениями слуха свойственно более позднее становление произвольного и опосредствованного внимания, что связано с более поздним научением организации и управления внимания внешними средствами (и более поздним переходом к внутренним средствам), а также с отставанием в развитии речи, организующей и направляющей поведение ребенка.

Для детей с нарушениями слуха ведущим типом восприятия является зрительное восприятие, поэтому можно заключить, что основная нагрузка по приему и переработке информации ложится на зрительный анализатор. Процессы восприятия глухим ребенком артикуляции, жестовой и дактильной речи нуждается в устойчивом внимании, сосредоточении ребенка на лице и руках говорящего [1]. Отсюда следует более быстрое утомление глухого ребенка (в отличие от слышащего), и, как следствие, неустойчивость внимания еще более усиливается. Также, у глухих детей отмечаются трудности переключения внимания, им требуется больше времени на «врабатывание», что приводит к снижению скорости выполняемой деятельности, увеличению числа ошибок.

Продуктивность внимания детей с нарушениями слуха в большей степени, чем у слышащих, зависит от выразительности материала: фигурный материал глухие школьники различают легче буквенного. При работе с буквенным материалом скорость и качество выполнения задания заметно снижается.

В процессе школьного обучения у детей с нарушенным слухом произвольное внимание развивается, формируются основные его свойства. Существенное отличие от нормально слышащих детей заключается в том, что наибольший темп развития произвольного внимания приходится на подростковый период (у слышащих оно формируется на 3 - 4 года раньше).

Память

Вследствие вторичного нарушения коммуникативной функции у глухих детей, усвоение ими социального опыта затруднено: тот познавательный материал, который нормально развивающиеся сверстники приобретают спонтанно и без затруднений, дети с нарушениями слуха получают в условиях специального обучения при условии включения дополнительных волевых усилий. Притом непроизвольное запоминание у глухих детей не уступает по качеству слышащим детям.

В плане зрительного запоминания у глухих детей наблюдаются привнесения в рисунок новых деталей и/или утрата некоторых деталей; пространственные искажения; изменение размера воспроизводимого материала. Образный материал дети с нарушениями слуха, напротив, воспроизводят успешнее слышащих сверстников, однако и здесь они более склонны допускать пространственные ошибки (хуже запоминают места расположения предметов, а также путают местами предметы, схожие по назначению или изображению).

Произвольное запоминание у глухих детей имеет свои особенности: при запоминании ряда похожих предметов они плохо умеют пользоваться приемом сравнения. Однако, дети с нарушениями слуха активно используются дополнительные средства запоминания, в частности, при произвольном запоминании они используют рационально-логические приемы.

При воспроизведении слов из области зрительной сферы разницы между глухими и слышащими детьми не обнаруживается, тогда как глухие хуже запоминают слова, связанные со звуком (характеристика звука, название звуковых явлений, действий), а слышащие - слова, обозначающие тактильные качества предметов.

Частые явление при запоминании слов глухими: пропуск и перестановка букв, слогов, сливание двух слов в одно, это результат недостаточного определения семантики слов. Также большую сложность представляет собой точное запоминание слова в определенной грамматической форме.

При воспроизведении фразы целиком дети с нарушениями слуха склонны соблюдать строгий порядок слов, опуская при этом забытые слова. При этом фраза не воспринимается ими полной смысловой структурой, неким целым объектом, скорее являясь набором слов.

Определенную сложность для глухих детей составляет передача смысла прочитанного своими словами. Чаще они стремятся дословно воспроизвести прочитанное, что обусловлено не только ограниченным словарным запасом, но и малоподвижностью слов.

Воображение.

Воссоздающее воображение глухих школьников ограничено. Они испытывают сложности при формировании образов на основе словесного описания предмета, явления, события. Это часто приводит к непониманию смысла прочитанного [5].

Творческое воображение детей с нарушениями слуха также дефицитарно по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Как уже отмечалось ранее, они затрудняются передавать своими словами смыл прочитанного, а также испытывают трудности с творческой переработкой текста.

Мышление.

Мышление человека развивается в тесной связи с речью, так что за счет недостаточного развития речи глухих детей, именно в области развития их мышления отмечаются наиболее специфические особенности.

Исходя из различения видов мышления на три типа (нагляднодейственное, наглядно-образное и абстрактно-логическое), рассмотрим особенности развития мышления у детей с недостатками слуха. Отмечается, что глухие дети резко отстают от слышащих сверстников в формировании абстрактно-логического мышления, долго время оставаясь на стадии развития с преобладающим наглядно-образным типом мышления. То есть, дети с недостатком слуха мыслят образами, а не словами. Это влечет за собой отставание в развитии познавательной деятельности. Однако, при этом по уровню развития наглядно-образного мышления интеллектуально-сохранные глухие дети младшего и среднего школьного возраста ближе к слышащим сверстникам, имеющим нормальный интеллект, нежели к умственно отсталым слышащим детям.

Операции анализа и синтеза поступающей информации, так же, как и операция сравнения, у глухих детей затруднены. Дети часто не выделяют важные части целого, сталкиваются с проблемой анализа прочитанного; при сравнении двух объектов склонны переходить к анализу только одного из них. Помимо этого, при сравнении объектов ребенок с недостатком слуха акцентирует свое внимание на выделении различий, тогда как слышащие сверстники отмечают сходство, а затем переходит к поиску отличительных свойств. То есть, глухих детям сложно одновременно выделять и сходства, и различия у исследуемых предметов, и явлений.

Самооценка, уровень притязаний.

Детям с нарушенным слухом свойственны преувеличенные представления о своих способностях, а также об их оценке окружающими. При этом, самооценка глухих детей, имеющих глухих родителей, часто более адекватна в отличие от самооценки глухих детей из слышащих семей.

Уровень притязаний зачастую характеризуется как устойчивый, весьма общий признак личности. Он с одной стороны зависит от способностей человека, являющимися субъективными условиями успешного выполнения деятельности и адекватной их оценки. С другой стороны - определяет формирование этих самых особенностей.

В целом, развитие самооценки и уровня притязания детей с нарушениями слуха незначительно отличается от их развития у нормально развивающихся сверстников, обнаруживая небольшое отставание в период начала подросткового возраста в ситуации оценок своей деятельности и зависимости от мнения учителя и других окружающих людей.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

2.1 Организация и содержание диагностической программы исследования детей после кохлеарной имплантации

Для изучения особенностей психического развития детей после кохлеарной имплантации нами разработана психодиагностическая программа и диагностический инструментарий.

Для реализации поставленных задач по исследованию психического состояния детей после кохлеарной имплантации нами были модифицированы методики психологической диагностики А.Н. Бернштейна, М.В. Жигоревой., А.Р. Лурия, Н.Г. Лускановой, Т.Д. Марцинковской, М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. В частности, были переработаны инструкции к методикам исследования с целью максимальной возможной ясности требований, предъявляемых к ребенку в их выполнении.

Цель: выявление особенностей психического развития детей после кохлеарной имплантации.

Задачи:

1. Изучение особенностей конструктивного праксиса у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

2. Исследование уровня сформированности пространственных представлений у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

. Исследование особенностей зрительного и тактильного восприятия у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

. Изучение особенностей мнестической деятельности у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

. Исследование уровня сформированности мыслительной деятельности у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

. Изучение особенностей внимания у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

. Исследование уровня сформированности моторной функции у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

. Изучение уровня школьной мотивации у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

. Разработка шкалы оценок для каждого исследования.

10. Анализ полученных данных.

Исследование особенностей психического состояния детей после кохлеарной имплантации в рамках моделирования системы психологического сопровождения таких детей в условиях инклюзивного образования было организовано нами на базе Отделения «Интернат» для детей с нарушенным слухом ГБОУ «Курчатовская школа» с учащимися 1-5 классов.

На момент начала эксперимента - сентябрь 2015 года - в данной образовательной организации обучалось 19 детей в возрасте от 7 до 12 лет в состоянии после кохлеарной имплантации. Эта группа детей составляет 27% от всех учащихся начальной ступени обучения Интерната: общее число обучающихся в 1-5 классах детей с нарушениями слуха - 71 человек.

Контингент детей с кохлеарными имплантами составляют в подавляющем большинстве поздно имплантированные дети, то есть те, кому операция кохлеарной имплантации была проведена в возрасте после 3 лет: из 19 обучающихся с КИ только один ребенок был имплантирован в раннем возрасте, 15 детей перенесли операцию в дошкольном возрасте и 3 - в младшем школьном возрасте. По известным нам данным, помимо работы по настройке системы кохлеарного импланта, полноценную слухоречевую реабилитацию до поступления в нашу образовательную организацию регулярно и своевременно получали только 4 ребенка. То есть можно говорить о том, что основная реабилитационная работа у детей с КИ началась на базе отделения для детей с нарушением слуха.

Так как работа педагога-психолога ГБОУ «Курчатовская школа» регламентируется Положением о работе социально-психологопедагогической службе и локальными актами ГБОУ «Курчатовская школа», то контингент обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в психолого-педагогическом сопровождении, определяется через анализ рекомендаций городской психолого-медико-педагогической комиссии и индивидуальной программы реабилитации детей-инвалидов. Таким образом, для непосредственного осуществления психологопедагогического сопровождения в 2015-2016 учебном году нами были определены 10 из 19 обучающихся с кохлеарными имплантами. 9 других обучающихся составили контрольную группу нашего эксперимента.

Исследование психического состояния детей после кохлеарной имплантации осуществлялось индивидуально с каждым обучающимся.

. Изучение особенностей конструктивного праксиса у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

1. Тест Денманна

Цель: анализ развития графомоторных навыков Ход исследования:

Перед ребенком кладется бланк с образцами фигур, которые нужно скопировать, и чистый лист бумаги. Задание выполняется сначала одной рукой, затем (на новом листе) - другой.

Оценочные критерии:

1 балл - задание не выполняет;

2 балла - к выполнению задания приступает, самостоятельно выполнить не может, выполняет при помощи педагога;

3 балла - при выполнении задания допускает ошибки; 4 балла - верно выполняет задание.

2. Складывание картинок из частей (Т. Д. Марцинковская, А. Н. Бернштейн)

Цель: оценка развития конструктивного праксиса, а также пространственно-зрительного воображения и состояния наглядного мышления.

Ход исследования:

Части рисунка предъявляются ребенку в перевернутом виде, без определенного порядка, а также без образца. Психолог фиксирует, сколько времени выполнялось задание, каков результат, наблюдались ли в процессе работы с деталями признаки целенаправленного плана действий или она носила характер проб и ошибок.

Оценочные критерии:

1 балл - задание не выполняет;

2 балла - к выполнению задания приступает, самостоятельно выполнить не может, выполняет при помощи педагога;

3 балла - при выполнении задания допускает ошибки, при выборе более двух фрагментов задания выполняет самостоятельно;

4 балла - задание выполняет верно из всего предъявленного количества фрагментов.

2. Исследование уровня сформированности пространственных представлений у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации. [28]

1. Ориентировка в собственном теле

Цель: исследование сформированности представлений в отношении ориентировки в собственном теле.

Ход исследования:

Психолог просит ребенка показать части тела, лица, руки, ноги, голову, живот, рот, нос. Инструкции предлагаются в разных модальностях: устно, письменно, дактильно, жестом.

Оценочные критерии:

1 балл - не ориентируется в пространстве, задания не выполняет;

2 балла - в пространстве ориентируется только по подражанию, задания выполняет при помощи педагога-психолога.

3 балла - допускает ошибки при ориентации в пространстве, задания выполняет самостоятельно;

4 балла - без ошибок ориентируется в пространстве, задания выполняет правильно самостоятельно.

3. Исследование особенностей зрительного и тактильного восприятия у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

1. Узнавание реалистических изображений. [65]

Цель: выявление особенностей зрительного восприятия и определение объема активного и пассивного словаря, в том числе и на материале малочастотных слов.

Ход исследования:

Ребенку предъявляются реалистические изображения бытовых предметов. Используются изображения, взятые из классического альбома А. Р. Лурия без изменения их стиля и цветового оформления.Ребенка просят назвать предъявляемые изображения и отдельные части этих предметов (активный словарь).

Для исследования пассивного словаря просят показать предмет, или его часть по названию.

Анализируемые показатели:

 возможность узнавания предметов;

 отсутствие целостности восприятия (фрагментарность восприятия);

 когнитивная стратегия узнавания;

 объем необходимой помощи. Оценочные критерии:

1 балл - задание не выполняет;

2 балла - выполняет задание со значительной помощью педагогапсихолога;

3 балла - задание выполняет с ошибками в узнавании, по типу включения фрагментарного восприятия, используется ненормативная стратегия узнавания, предметы узнает, но затрудняется назвать;

4 балла - все задание выполняет правильно, самостоятельно.

2. Узнавание предметов, отличающихся по текстуре. [28]

Цель исследования: выявление особенностей тактильного восприятия. Ход исследования:

Ребенку предлагается по инструкции найти одинаковую фигурку (для детей с нормальным зрением предметы помещаются в мешочек). Оценивается возможность выбором ребенка правильных образцов: бумага, ткань, дерево, стекло.

Оценочные критерии:

1 балл - задание не выполняет;

2 балла - наблюдаются значительные искажения основных качеств и свойств предметов, задание выполняет при помощи педагога-психолога;

3 балла - задание выполняет с ошибками в различении качеств и свойств предметов;

4 балла - уверенно различает качества и свойства предметов, все задание выполняется правильно, самостоятельно.

4. Изучение особенностей мнестической деятельности у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

1. Исследование зрительной памяти [65]

Цель исследования: выявление особенностей зрительного запоминания. Ход исследования:

Для запоминания предлагается ряд абстрактных зрительных стимулов. Ребенку предъявляется колонка из трех стимулов, находящаяся в правой части листа. Время экспозиции стимулов составляет 15 сек. При этом левая часть листа с таблицей стимулов закрыта. Через несколько секунд после окончания экспозиции ребенку предъявляется таблица стимулов, среди которых он должен опознать три стимула, предъявленных ранее. При этом закрыта правая часть листа с тестовыми стимулами.

Анализируемые показатели:

 количество правильно узнанных стимулов;

 возможность удержания ряда зрительных стимулов;

 характер ошибок узнавания (по пространственным признакам). Оценочные критерии:

1 балл - задание не выполняет;

2 балла - наблюдаются значительные затруднения при запоминании и воспроизведении материала, задание выполняет при помощи педагогапсихолога;

3 балла - задание выполняет с ошибками;

4 балла - все задание выполняется правильно, самостоятельно.

5. Исследование мыслительной деятельности

1. Простые невербальные аналогии [65]

Цель исследование: оценка возможности установления логических связей и отношений между понятиями (предметами) с помощью анализа выполнения простых невербальных аналогий.

Ход исследования:

Педагог-психолог объясняет соотношение между предметами в левой части первого задания. Инструкция предлагаются в разных модальностях: устно, письменно, дактильно, жестом, в зависимости от особенностей восприятия кохлеарно-имплантированного ребенка. Далее ребенку предлагается в соответствии с соотношением изображений и левой части рисунка по аналогии подобрать одно (единственно подходящее по аналогии с левой частью) изображение из нижней правой части рисунка.

Затем предъявляется задание №2, совпадающее по своей смысловой структуре с первым заданием.

На втором листе аналогичные задания подаются в виде абстрактных изображений, что более сложно.

Анализируемые показатели:

 возможность удержания инструкции и выполнения задания до конца;

 доступность выполнения заданий по аналогии;

 стратегия выявления ребенком логических связей и отношений между понятиями;

 оценка характера обучаемости и объема необходимой помощи со стороны взрослого.

Оценочные критерии:

1 балл - задание не выполняет;

2 балла - наблюдаются значительные затруднения при установлении логических связей путем нахождения простых невербальных аналогий, задание выполняет при помощи педагога-психолога;

3 балла - задание выполняет с ошибками;

4 балла - все задание выполняется правильно, самостоятельно.

2. Исключение предметов [65]

Цель исследования: определение уровня обобщающих операций ребенка, возможности отвлечения, способности его выделять существенные признаки предметов или явлений и на этой основе производить необходимые суждения на образном уровне.

Ход исследования:

Ребенку предъявляются изображения четырех предметов, три из которых можно объединить обобщающим словом, а четвертый предмет по отношению к ним окажется «лишним».

В отношении детей после кохлеарной имплантации допустим ответ одним словом с поясняющими жестами (если это дает специалисту возможность понять принцип, которым руководствовался ребенок).

При оценке результатов исследования возможна категоризация уровня обобщения: объединение по конкретно-ситуативному, по функциональному, истинно понятийному, латентному признакам.

Категоризация обобщающего признака, выделяемого ребенком, дает возможность отнесения его понятийного развития к соответствующему уровню.

Анализируемые показатели:

 характер деятельности (целенаправленность, хаотичность и т. п.);

 доступность выполнения задания;

 характер ошибок при выделении признаков;

 характер рассуждений ребенка и уровень обобщающих операций;

 объем и характер необходимой помощи со стороны взрослого. Оценочные критерии:

1 балл - задание не выполняет;

2 балла - наблюдаются значительные затруднения при выделении четвертого лишнего предмета, при назывании обобщающего признака, задание выполняет при помощи педагога-психолога;

3 балла - задание выполняет с ошибками;

4 балла - все задание выполняется правильно, самостоятельно.

6. Изучение особенностей внимания у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации.

1. «Корректурная проба» (тест Бурдона) [29]

Цель исследования: оценка концентрации, устойчивости, переключения и распределения внимания. Ход исследования:

Ребенку предлагается выполнить задание на специальном бланке. Перед началом исследования испытуемому предъявляется стимульный материал и дается инструкция в доступной ему форме (устно, письменно, по показу, дактильно или жестами):

«Посмотри: тут буквы. Я скажу «начинай», ты будешь искать по строчкам букву А и зачеркивать ее, букву И - подчеркивать. Я скажу «стоп», ты остановишься, я отмечу место, где ты остановился. Потом снова скажу «начинай». Ты будешь делать то же самое (одинаково). Будет несколько раз, потом я скажу «конец», задание закончится». Необходимо показать на примере, как нужно отмечать названные буквы, а также сообщить, что времени на выполнение задания немного, поэтому нужно постараться работать быстро и правильно. Ребенок работает 5 минут, в течение которых каждые 60 секунд педагог его останавливает и делает отметки в месте, на котором он остановился.

Анализируемые показатели:

 общее количество букв, просмотренных ребенком в течение 5 минут;

 количество букв, просмотренных за каждую одну минуту;

 количество ошибок (общее и за каждую одну минуту).

По полученным данным высчитывается показатель концентрации внимания по формуле:

K=C-n/C,

где K - концентрация внимания;

C - число просмотренных букв;

n - количество ошибок (пропусков, ошибочных отметок). Чем ближе показатель К к 1, тем выше концентрация внимания у ребенка.

Показатель устойчивости внимания вычисляется следующим образом. Высчитывается показатель темпа выполнения задания за каждые 60 секунд по формуле:

A=S-n/t,

где A - темп выполнения;

S - количество просмотренных букв;

n - количество ошибок (пропусков, ошибочных зачеркиваний); t - время выполнения.

По полученным данным А1, А2, А3, А4, А5 строится график устойчивости внимания ребенка, на основе анализа которого можно судить о динамике устойчивости внимания ребенка.

Оценочные критерии:

баллов - очень низкий уровень устойчивости внимания (все точки графика расположены в зонах наподобие кривой 1

1 балл - низкий уровень устойчивости внимания (все точки графика расположены в зонах наподобие кривой 2;

2 балла - средний уровень устойчивости внимания (все точки графика расположены в зонах наподобие кривой 3;

3 балла - высокий уровень устойчивости внимания (все точки графика расположены в зонах наподобие кривой 4;

4 балла - очень высокий уровень устойчивости внимания (все точки графика расположены в зонах наподобие кривой 5.

7. Исследование уровня сформированности моторной функции у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации. [28]

Цель исследования: оценка состояния моторной функции ребенка. Ход исследования:

Исследование осуществляется в форме наблюдения за моторной функцией во процессе обследования.

Оценочные критерии:

1 балл - моторная функция резко ограничена, наблюдаются трудности манипулирования предметами (при наличии хватания);

2 балла - моторная функция ограничена, нарушения координации движений, замедленность движений;

3 балла - моторная функция снижена; наблюдается неловкость пальцевой моторики, неточности движений;

4 балла - моторная функция развита достаточно; движения в нормальном темпе, точные, координированные.

8. Изучение уровня школьной мотивации у младших школьников с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации (по Лускановой Н.Г.) [46]

Цель: выявление отношения ребенка к школе, учебному процессу, эмоционального реагирования на школьную ситуацию.

Ход исследования:

Ребенку предлагается ответить на 10 вопросов. В зависимости от степени овладения коммуникативными навыками, вопросы могут быть предложены в разных формах: устно, письменно, дактильно, жестом.

Инструкция для ребенка: я буду задавать тебе вопросы, а ты на листе отмечай подходящие тебе ответы.

Ответы ребенка отмечаются на бланке самим ребенком или психологом.

Оценочные критерии:

Уровни школьной мотивации:

Ниже 10 баллов - негативное отношение к школе, школьная дезадаптация;

10-14 баллов - низкая школьная мотивация;

15-19 баллов - положительное отношение к школе, но школа привлекает больше внеучебными сторонами;

20-24 балла - хорошая школьная мотивация;

25-30 баллов - высокий уровень школьной мотивации, учебной активности.

2.3 Анализ результатов исследования особенностей психического состояния детей после кохлеарной имплантации

Исследование особенностей психического состояния обучающихся с кохлеарными имплантами было проведено нами в начале 2015-2016 учебного года (сентябрь-октябрь 2015 г.) Диагностическая работа была выстроена в формате двух (при необходимости - трех) встреч с ребенком продолжительностью 30 минут.

Результаты исследования были обработаны согласно шкале оценок для каждого ребенка и объединены в таблицы актуального развития учащихся по принципу деления на экспериментальную и контрольную группы формирующего эксперимента.

Рассмотрим средние показатели исследования психических функций учащихся на диаграммах.

11. При исследовании функции конструктивного праксиса в констатирующем эксперименте мы получили следующие данные:

средний уровень развития конструктивного праксиса в экспериментальной группе составил 4,5 балла, в контрольной 5,6 баллов (максимальный показатель данной функции 8 баллов).

12. Исследование уровня сформированности пространственных представлений установило средний уровень показателя в экспериментальной группе 2,6 балла, в контрольной 3 балла (максимальный показатель функции 4 балла).

13. При изучении функции восприятия в ходе констатирующего эксперимента мы получили следующие данные:

средний уровень развития восприятия в экспериментальной группе составил 4,8 балла, в контрольной 5,1 балла (максимальный показатель функции 8 баллов).

4. При исследовании мнестической деятельности, средний уровень ее развития в экспериментальной группе составил 2,8 балла, в контрольной 3,1 балла (максимальный показатель функции 4 балла).

5. В результате констатирующего эксперимента по изучению мыслительной функции детей после кохлеарной имплантации мы получили следующие показатели:

средний уровень развития функции в экспериментальной группе составил 4,2 балла, в контрольной 4,7 балла (максимальный показатель функции 8 баллов).

6. Исследование функции внимания показало следующие результаты:

средний уровень показателя устойчивости внимания в экспериментальной группе 1,6 балла, в контрольной 1,7 балла (максимальный показатель функции 4 балла).

7. Исследование моторной функции детей с КИ констатировало:

средний уровень развития моторики в экспериментальной группе составил 3,5 балла, в контрольной 3,8 балла (максимальный показатель функции 4 балла).

8. Изучение уровня школьной мотивации в двух группах показало следующие результаты: в экспериментальной группе средний уровень школьной мотивации имеют 3 ребенка, высокий уровень - 1 ребенок, низкую мотивацию имеют трое детей, еще у двоих обнаружилась школьная дезадаптация. Один ребенок из экспериментальной группы и двое детей из контрольной группы по результатам проведенного исследования показали социальную школьную мотивацию. В контрольной группе низкий уровень мотивации имеет 1 ребенок, у пятерых детей выявлен средний уровень школьной мотивации и высокий уровень - у одного.

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы: показатели психического развития детей контрольной группы изначально выше в среднем на 7% (от абсолютной нормы развития) показателей психического развития детей из экспериментальной группы. Проведенное нами обследование показало снижение функций внимания, памяти и мышления у детей с кохлеарными имплантами, затруднения в области конструктивного праксиса, в развитии пространственных представлений и со стороны зрительного и тактильного восприятия. Наименьшие затруднения у детей с КИ обнаруживаются в области моторной функции (зачастую обусловлены сочетанным дефектом в виде легкой формы ДЦП). Исследование школьной мотивации показало, что около половины обследованных детей с КИ имеют хорошую учебную мотивацию (2 ребенка - устойчивую высокую учебную мотивацию), однако среди обследованных детей треть имеет низкую мотивацию к обучению (причем у двоих детей в принципе отмечается школьная дезадаптация), еще у троих детей установлено положительное отношение к школе, но школа привлекает больше внеучебными сторонами. Помимо заявленной программы исследования, нами проводились динамические наблюдения за детьми с КИ в процессе учебной и внеурочной деятельности, в ходе которых нами были отмечены характерные для детей с нарушенным слухом эмоционально-волевые нарушения, а также отличные от характерных для детей, протезированных слуховыми аппаратами, сниженные адаптационные и коммуникативные характеристики у детей с кохлеарными имплантами.

Таким образом, по результатам проведенного первичного обследования нами были определены направления работы в рамках психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации. Для его реализации нами была предложена модель системы психолого-педагогического сопровождения детей после КИ в условиях инклюзивного образования.

ГЛАВА 3. МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

3.1 Модель психолого-педагогического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в структуре службы социально-психологопедагогического сопровождения образовательной организации

Психолого-педагогическое сопровождение всех участников учебного процесса в ГБОУ «Курчатовская школа» г. Москвы регламентировано работой Службы социально-психолого-педагогического сопровождения (далее: СППС). СППС включает в себя социальных педагогов, логопедов, дефектологов и педагогов-психологов. Работа специалистов осуществляется по принципу межсетевого взаимодействия внутри образовательной организации: в каждом отделении «Курчатовской школы» есть свои локусные группы специалистов, однако в случае необходимости специалисты одного отделения могут делегироваться на парциальной основе в соседнее отделение. Таким образом происходит кадровое обеспечение всей школы в целом, а, следовательно, процесс психолого-педагогического и специального сопровождения детей с особыми образовательными потребностями может быть реализован в любом отделении школы. Дети с ограниченными возможностями здоровья, в частности, дети после кохлеарной имплантации, могут обучаться в этой образовательной организации по принципу инклюзивного обучения, вместе с нормально слышащими сверстниками, получая при этом всю необходимую специальную помощь.

Социально-психолого-педагогическая служба в нашем отделении для детей с нарушенным слухом также состоит из социального педагога, дефектологов и педагогов-психологов. Помимо выполнение общих для всей службы СППС «Курчатовской школы» задач, мы имеем ряд специфических задач, обусловленной особенностями развития наших учащихся. Одной из специфических задач социально-психолого-педагогической службы отделения «Интернат» является обеспечение комплексной реабилитации детей с кохлеарными имплантами посредством организации индивидуальных маршрутов их обучения. Взаимодействие специалистов нашего отделения, работающих с глухими детьми после КИ, непрерывно осуществляется по принципу реализации системного подхода к реабилитации.

В тесной взаимосвязи друг с другом работают

• Ведущий специалист-дефектолог (классный руководитель или учитель надомного обучения

• Учитель по РРС и ФПСР

• Педагог-психолог

• Учителя-предметники

• Воспитатели (если ребёнок остаётся в ГПД или пребывает в интернате)

Взаимодействие специалистов исходит из интересов ребенка с КИ и регламентируется деятельностью школьного ПМПк. В ходе консилиума рассматриваются заключения ГПМПК, ИПР, а также (при наличии) дополнительные медицинские заключения, запросы от родителей и/или специалистов.

На основании этой документации организуется индивидуальный образовательный маршрут ребенка, где выстраивается структура работы, определяются специалисты, которые должны быть включены в работу. Основными проблемами при такой организации взаимодействия специалистов является определение ведущего специалиста и регламентация формы контроля над эффективностью выбранного маршрута.

Далее приведем Положение о службе психолого-педагогического сопровождения учащихся после кохлеарной имплантации в Отделении «Интернат» для детей с нарушением слуха №101 им С.Я. Кривовяза ГБОУ «Курчатовская школа», в котором отобразим цели, задачи и основные направления психолого-педагогического сопровождения детей с КИ.

.2 Положение о службе психолого-педагогического сопровождения учащихся после кохлеарной имплантации

В рамках реализации предложенной модели психологического сопровождения детей после КИ нами были разработаны положения о службе психолого-педагогического сопровождения учащихся после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного обучения, которое осуществляется в Отделении «Интернат» для детей с нарушением слуха №101 им С.Я. Кривовяза ГБОУ «Курчатовская школа»

1. Общие положения

Настоящее Положение определяет организационную основу деятельности службы психолого-педагогического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в Отделении «Интернат» ГБОУ

«Курчатовская школа» (далее: КИ - кохлеарная имплантация, ППС - психолого-педагогическая служба).

Под ППС понимается организационная структура, в состав которой входят специалисты, оказывающие психологическую, педагогическую, коррекционную и развивающую помощь детям, поступившим в данную образовательную организацию в состоянии после операции кохлеарной имплантации.

В своей деятельности ППС руководствуется международными актами в области защиты прав детей: Конвенцией ООН о правах ребенка, Декларацией ООН о правах инвалидов, Конвенцией о борьбе с дискриминацией в области образования, Всемирной Декларацией об обеспечении выживания, защиты и развития детей; законами РФ «Об образовании в Российской Федерации» (ФЗ № 273), Законом РФ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», Законом РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, города Москвы, приказами и инструкциями Министерства образования и науки РФ, города Москвы, приказами Департамента образования города Москвы, настоящим Положением и локальными актами ГБОУ «Курчатовская школа».

ППС сопровождения детей после КИ работает во взаимодействии с:

 классными руководителями, учителями надомного обучения;

 учителями-предметниками;

 воспитателями;

 учителями по развитию речевого слуха и формированию произносительной стороны речи (далее: РРС и ФПСР);

 дефектологами;

 родителями (законными представителями) обучающихся и воспитанников;

 специалистами Психолого-педагогического консилиума ГБОУ «Курчатовская школа»;

 специалистами ЦПМПК.

2. Цели и задачи психолого-педагогической службы

Целями ППС являются:

Цель деятельности ППС детей после КИ в Отделении «Интернат» ГБОУ «Курчатовская школа» заключается в организации психологопедагогического сопровождения процесса и инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья путем реализации комплекса превентивных, просветительских, диагностических и коррекционных мероприятий, направленных на создание условий для успешного развития, коррекции, обучения, социализации, реабилитации и абилитации личности каждого обучающегося с КИ. При этом объектом сопровождения является образовательный процесс, предмет сопровождения - ситуация развития ребенка.

Задачи ППС:

- защита прав и интересов личности обучающихся, обеспечение безопасных условий их психического и физического развития и обучения, поддержка и содействие в решении психолого-педагогических проблем;

- квалифицированная комплексная диагностика возможностей и особенностей развития ребенка с КИ с целью определения уровня актуального развития и сохранных психических функций;

- содействие ребенку в решении актуальных задач развития, обучения, социализации и реабилитации: реализация программ коррекции и развития высших психических функций, преодоления трудностей в обучении, нарушений мотивационно-волевой и эмоциональной сферы, проблем взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями;

- содействие определению образовательного маршрута;

- участие специалиста ППС в разработке образовательных программ, адекватных возможностям и способностям учащихся;

- развитие психолого-педагогической компетентности всех участников образовательного процесса: обучающихся, педагогов, родителей;

- содействие укреплению взаимопонимания и взаимодействия между всеми субъектами образовательного процесса,

- содействие педагогическому коллективу в оптимизации психологического климата образовательного учреждения;

- психолого-педагогическая помощь родителям (лицам, их заменяющим), педагогам и воспитателям обучающихся, требующих особого внимания специалистов;

- консультативно-просветительская работа среди обучающихся, педагогов, родителей;

- обеспечение психолого-педагогического сопровождения образовательных программ с целью адаптации их содержания и способов освоения к интеллектуальным и личностным возможностям и особенностям обучающихся с КИ.

3. Основные направления деятельности психолого-педагогической службы

К основным направлениям деятельности ППС относятся:

Психолого-педагогическое и просвещение участников образовательного процесса с целью создания условий для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности и развитии интеллекта, формирование у обучающихся, воспитанников и их родителей (законных представителей), у педагогических работников и руководителей образовательного учреждения потребности в психологических знаниях, желания использовать их в интересах собственного развития; формирование психологической культуры всех участников образовательного процесса; создание условий для полноценного личностного развития и самоопределения обучающихся, воспитанников на каждом возрастном этапе, сохранения психологического здоровья, а также в своевременном предупреждении возможных нарушений в становлении личности и развитии интеллекта.

Психолого-педагогическая профилактика - предупреждение возникновения явлений школьной дезадаптации обучающихся с КИ, разработка конкретных рекомендаций педагогическим работникам, родителям (законным представителям) по оказанию помощи в вопросах воспитания, обучения и развития.

Психолого-педагогическая и социальная диагностика - проведение психолого-педагогического изучения обучающихся с КИ на протяжении всего периода обучения; определение индивидуальных особенностей и склонностей личности, ее потенциальных возможностей в процессе обучения и воспитания, а также выявление причин и источников нарушений в обучении, развитии, социальной адаптации. Психологическая диагностика проводится индивидуально и с группами обучающихся с КИ данной образовательной организации.

Психолого-педагогическая коррекция и развитие - активное воздействие на процесс формирования личности в детском возрасте и сохранение ее индивидуальности, осуществляемое на основе совместной деятельности педагога-психологов, учителей-дефектологов, учителей по РРС и ФПСР, социальных педагогов и других специалистов. Коррекционное направление деятельности осуществляется согласно рекомендациям центральной психолого-медико-педагогической комиссии и индивидуальной программы реабилитации.

Консультативная деятельность - психологическое и социальнопедагогическое консультирование участников образовательного процесса по различным психолого-педагогическим проблемам; помощь учащимся и родителям (законным представителям) в преодолении трудной жизненной ситуации; консультирование педагогов, других работников образовательного учреждения по вопросам воспитания и обучения детей с КИ.

Экспертно-методическая деятельность:

- осуществление деятельности специалистов ППС в рамках работы психолого-педагогического консилиума образовательного комплекса для организации индивидуального психолого-педагогического сопровождения обучающихся с КИ, имеющих особенности психического и (или) психологического развития, а также имеющие прочие ограниченные возможности здоровья, требующие создания особых образовательных условий;

участие специалистов ППС в разработке и реализации индивидуальных образовательных маршрутов для детей с КИ и реализации мероприятий различного уровня (семинаров, конференций, мастер-классов, круглых столов, вебинаров и т.п.), направленных на трансляцию профессионального опыта педагогов образовательного учреждения.

Психокоррекционная работа комплекс психокоррекционных мероприятий, нацеленных на преодоление выявленных особенностей психологического развития ребенка с КИ, трудностей в обучении и адаптации в условиях инклюзивного образования, осуществляющийся в форме индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий по следующим направлениям:

• Развитие и/или коррекция познавательной сферы

• Развитие эмоционально-волевой сферы

• Развитие саморегуляции, произвольной регуляции деятельности, мотивации к обучению

• Коррекция психологических причин трудностей обучения

• Сенсорная реабилитация ребёнка с КИ

Организационно-методическая деятельность:

-анализ и обобщение результатов сопровождения, разработка рекомендаций по его совершенствованию, обработка материалов научных исследований;

- участие в методических объединениях, семинарах-практикумах и конференциях по проблемам обучения, воспитания и социализации детей с ОВЗ в условиях инклюзивного образования.

Самообразование и повышение квалификации специалистов ППС посредством обучения на курсах повышения квалификации, участия в деятельности профессиональных сообществ, мероприятиях различного уровня (семинарах, конференциях, мастер-классах, круглых столах, вебинарах и т.п.) в качестве слушателей для повышения профессиональной компетентности, а также своевременное прохождение процедуры аттестации по занимаемой должности.

4. Организация деятельности психолого-педагогической службы

ППС функционирует как система, специалисты которой в соответствии со своими должностными обязанностями реализуют свою деятельность в следующих направлениях: профилактико-просветительское, диагностическое, коррекционно-развивающее, охранно-защитное, консультативное, экспертно-методическое, а также самообразование и повышение квалификации.

Структура ППС предусматривает двойное подчинение специалистов (педагогов-психологов) по административной и по профессиональной линиям:

 административное руководство осуществляет директор ГБОУ

«Курчатовская школа» через кураторов (руководителей) школьной социально-психолого-педагогической службы;

 профессиональное руководство осуществляют кураторы школьной социально-психолого-педагогической службы.

Специалисты ППС несут персональную ответственность за соблюдение профессиональных этических принципов, правильность своих заключений, адекватность используемых диагностических и коррекционноразвивающих методик и технологий, обоснованность рекомендаций.

Специалисты ППС несут ответственность за ведение документации.

5. Структура психолого-педагогической службы сопровождения детей после КИ

ППС сопровождения детей после КИ представляется функциональным направлением работы части общешкольной социальнопсихолого-педагогической службы ГБОУ «Курчатовская школа» (далее: СППС - социально-психолого-педагогическая служба), осуществляя свою деятельность в рамках функционала подразделения педагогов-психологов СППС.

Должность педагога-психолога, осуществляющего психологопедагогическое сопровождение детей после КИ, занимает работник, имеющий подготовку в соответствии с государственным образовательным стандартом профессий.

Определение необходимости осуществления психологопедагогического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в Отделении «Интернат» ГБОУ «Курчатовская школа» регламентируется Психолого-педагогическим консилиумом (далее - ППк) ГБОУ «Курчатовская школа», в работе которого осуществляется:

 своевременное выявление учащихся и воспитанников, имеющих трудности в обучении, поведении, нарушения в физическом, интеллектуальном и эмоциональном развитии с целью оказания им комплексной помощи;

 работу по определению содержания, методов и форм их обучения и воспитания в соответствии с особенностями их физического и психического развития;

 консультативную помощь родителям, педагогам по проблемам обучения, воспитания в семье;

 разработку индивидуальных рекомендаций по оказанию обучающимся и воспитанникам возможной психолого-педагогической помощи;

 профилактическую работу по предупреждению возникновения трудностей в интеллектуальном, психическом и социальном развитии обучающихся и воспитанников;

 подготовку документации для центральной психолого-медикопедагогической комиссии (ЦПМПК) с целью оказания специализированной помощи участникам образовательного процесса, а также содействия в профессиональной деятельности специалистам СППС ГБОУ «Курчатовская школа».

3.3 Реализация модели психолого-педагогического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования

Руководствуясь Положением о психолого-педагогического сопровождения учащихся после кохлеарной имплантации в Отделении «Интернат», мы разработали модель психолого-педагогического сопровождения детей с КИ в условиях инклюзивного образования. Педагогпсихолог, осуществляющий поддержку кохлеарно имплантированных детей, должен осуществлять работу в следующих направлениях:

 Психолого-педагогическое и просвещение участников образовательного процесса.

 Психолого-педагогическая профилактика.

 Психолого-педагогическая диагностика.

 Психологическое консультирование участников процесса реабилитации ребенка с КИ.

 Психолого-педагогическая коррекция и развитие.

 Участие в деятельности психолого-педагогического консилиума образовательной организации, в том числе с целью разработки индивидуальных образовательных маршрутов для детей с КИ.

Приведенная модель психолого-педагогического сопровождения учащихся после кохлеарной имплантации была апробирована нами в ходе формирующего эксперимента в 2015-2016 учебном году на базе Отделения «Интернат» для детей с нарушением слуха №101 им С.Я. Кривовяза ГБОУ «Курчатовская школа». Исследование эффективности модели психологопедагогического сопровождения было построено на основе констатирующего эксперимента в начале учебного года, формирующего эксперимента (непосредственного психокоррекционного воздействия) в течение учебного года и повторной диагностики в конце года.

Практический интерес, подтверждаемый результатами исследования, представляет психолого-педагогическая коррекция и развитие детей с КИ в соответствии с выявленными особенностями их психологического развития и базирующееся на сохранных психических функциях. Занятия с экспериментальной группой детей проводились в индивидуальной форме 2 раза в неделю и включало в себя в разной мере «взвешенные» психокоррекционные мероприятия:

• Развитие и/или коррекция познавательной сферы

• Развитие эмоционально-волевой сферы

• Развитие саморегуляции, произвольной регуляции деятельности, мотивации к обучению

• Коррекция психологических причин трудностей обучения

• Сенсорная реабилитация ребенка с КИ

Развитие познавательной сферы детей проводится классическими средствами работы, нацеленными на развитие высших психических функций: коррекцию зрительного восприятия, развитие слухового восприятия (во взаимодействии с учителем по РРС и ФП), развитие внимания, памяти, мышления. В этом блоке психокоррекционной работы мы используем методы нейропсихологического сопровождения психического развития детей, которые в совокупности реализуют три задачи: стабилизация и активация энергетического потенциала организма, и повышение сенсомоторного обеспечения психических процессов; формирование операционального обеспечения вербальных и невербальных психических процессов; формирование смыслообразующей функции психических процессов и произвольной саморегуляции. Индивидуальное занятие по развитию познавательной сферы строится на комплексе заданий, включающих в себя дыхательные упражнения, самомассаж, оптимизацию общего тонуса тела, формирование и коррекцию базовых сенсомоторных взаимодействий, непосредственно коррекцию высших психических функций (восприятие, память, внимание, мышление), а также работу над коммуникативными навыками, программированием, целеполаганием и контролем. В своей работе мы используем упражнения из комплексной нейропсихологической коррекции и абилитации процессов развития в детском возрасте [66], программы преодоления трудностей учения Пылаевой Н. М., Ахутиной Т. В. [58] и программы «120 уроков психологического развития младших школьников» Локаловой Н. П., направленной на развитие аналитико-синтетической деятельности обучающихся [50].

Развитие эмоционально-волевой сферы, мотивации, саморегуляции, коммуникативных способностей помимо использования привычных средств коррекции, проводится посредством применения игровой песочной терапии (по методу Санкт-Петербургской Мастерской Сказкотерапии), а также метода рисования песком на световом столе. Игра в песочнице (специальный деревянный ящик 70х50 см, высотой 12 см, окрашенный изнутри голубым цветом и заполненный на 2/3 песком) с использованием обширной коллекции игрушек по разным темам (животный и растительный мир, люди, транспорт, постройки, сказочные персонажи и прочее - высотой не более 8 см) составляет основу сказкотерапевтического занятия с детьми с кохлеарным имплантами. Одна эффективно себя зарекомендовала как в групповой работе (от 2 до 4 участников), так и на индивидуальных занятиях. Работа с песочницей дает психологу, работающему с детьми с ограниченными возможностями здоровья, бесценную психодиагностическую информацию, выступая в качестве проективной методики, с одной стороны, в том числе отображая особенности коммуникации таких детей. С другой стороны, игра в песочнице используется нами в процессе психолого-педагогического сопровождения как возможность проживания психологического опыта, а также закрепления определенных знаний о себе и о мире вокруг [30]. Игры в психологической песочнице проходят двумя способами. Первый способ - это «спонтанная игра» в песочнице. В процессе такой игры происходит спонтанное погружение детей в игру с песком. В данном случае психолог, пропуская этапы «Ритуал входа» и «Расширение», сразу предлагает ребенку (или детям) создать некую песочную страну. На этапе «Интеграция» психолог вместе с участниками игры обсуждает песочную картину, резюмирует происходившее и совершает «Ритуал выхода». Процесс спонтанного создания песочной картины опосредованно формирует детей навыки взаимодействовать в жизни и в творчестве совместно с другими, развивает способность бесконфликтно существовать в обществе. Второй способ игры в психологической песочнице - это «ведомая игра» с использованием песочницы. Этот способ предполагает общение с психологом в формате Ученик - Учитель. Здесь психолог являет собой источник новой важной психологической информации и подкрепляет ее разнообразными игровыми заданиями. Игра в песочнице как нельзя лучше помогает психологу наглядно продемонстрировать необходимую психологическую информацию. Метод рисования песке на световом столе переносит действие из кабинета психолога в сенсорную комнату, сохраняя при этом элемент динамической игры с образами и решая также релаксационные и десенсибилизирующие задачи. Рисование песком на столе также осуществляется в двух форматах: спонтанной и ведомой игр. Дети с кохлеарными имплантами с удовольствием отрабатывают, например, навыки эмоционального реагирования, отрисовывая различные эмоции и ситуации, их вызывающие, на стеклянной поверхности светового стола. Также рисование песком позволяет дополнительно развивать тонкую моторику рук, а для учащихся первого класса является прекрасным способом закрепления графомоторных навыков.

Сенсорная реабилитация ребенка с КИ проводится через включение в коррекционную работу оборудования темной сенсорной комнаты. При этом задачами работы в сенсорной комнате являются активация работы головного мозга через поэтапное включение синхронизацию потока со стороны всех сенсорных анализаторов, а также снятие физического и психофизического напряжения.

Оборудование темной сенсорной комнаты условно делится на два блока: релаксационный и активизирующий [49]. Действие обоих блоков нацелено на целостное познавательное развитие детей после кохлеарной имплантации. По сути, все оборудование сенсорной комнаты является автодидактическим, то есть таким, которое позволяет формировать познавательные функции и обогащать их представления об окружающем мире. Еще одной задачей, реализуемой через психокоррекционные занятия в сенсорной комнате, является самопознание и коррекция в эмоциональноличностной сфере детей. Оказывая воздействие на разные сенсорные анализаторы, такая комната помогает гармонизировать отношения детей между собой, со взрослыми, с окружающим миром и с собственным «Я».

Через работу в условиях сенсорной комнаты реализуется ряд задач. Помимо коррекции и развития познавательной деятельности, развития сенсорных способностей, обогащения и коррекции эмоциональной сферы, расширения жизненного опыта детей с кохлеарными имплантами, здесь также осуществляется коррекция игровой деятельности, подспудно происходит развитие и речевого, и невербального общения со сверстниками и взрослыми - происходит стимуляция познавательного, эмоционального, речевого и социального развития. Мы считаем, что психокоррекционные занятия в сенсорной комнате способствуют развитию способности к саморегуляции (нивелируются такие проявления как импульсивность, неусидчивость; повышается устойчивость и концентрация внимания), повышается мотивация к обучению, а также повышается резистентность к стрессогенным раздражителям.

По итогам работы в рамках реализации модели психологопедагогического сопровождения детей с КИ в апреле-мае 2016 года было проведено контрольное исследование психологического состояния детей экспериментальной и контрольной группы.

Для доказательства гипотезы исследования мы сравнили средние показатели результатов обследования экспериментальной и контрольной групп на начало и конец эксперимента. В качестве инструмента сравнения был выбран метод математической проверки гипотез t-критерий Стьюдента, позволяющий судить о наличии прямой связи между проведением мероприятий по психолого-педагогическому сопровождению и положительной динамикой развития высших психических функций детей.

Результаты подсчета t-критерия для обеих групп.

Автоматический расчет t-критерия Стьюдента для экспериментальной группы

Полученное эмпирическое значение t (3.7) находится в зоне неопределенности.

Несмотря на положительную динамику развития высших психических функций и процесса обучения в условиях инклюзивного образования детей с кохлеарными имплантами, в контрольной группе эмпирическое значение tкритерия Стьюдента составляет 3,7 единицы и находится в зоне неопределенности (2,45≤3,7≤3,71). В экспериментальной группе эмпирическое значение t-критерия Стьюдента составляет 4,2 единицы, что относит результаты психологического исследования в область значимости (4,2>3,7).

Таким образом, опытным путем мы доказали, что организация психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования способствует более эффективной адаптации к учебному процессу, повышению мотивации к школьному обучению и повышению уровня высших психических функций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Операция кохлеарной имплантации представляет собой современный способ преодоления ограничений возможностей здоровья ребенка с нарушением слуха. При правильно организованной реабилитационной работе становится возможным наиболее полное включение такого ребенка в социум. В условиях инклюзивного образования ребенок с кохлеарным имплантом обретает возможность учиться и развиваться наравне со слышащими сверстниками. Для обеспечения наиболее эффективного включения детей с КИ в ситуацию инклюзивного обучения необходимо осуществлять их психолого-педагогическое сопровождение.

В представленной работе на основе изучения литературы мы рассмотрели особенности современной системы инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Мы выяснили, что в процессе инклюзии у всех участников образовательного процесса меняется отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья с усилением гуманистической составляющей учебного процесса, а также социальной и воспитательной направленности обучения.

Проанализировав психолого-педагогическую и специальную психологической литературу, мы выявили особенности психического развития детей с нарушениями слуха. Этот анализ позволил задать дальнейшую траекторию исследовательской деятельности, определяющую аспекты психодиагностической работы.

В ходе своего исследования мы разработали психодиагностическую программу и диагностический инструментарий для изучения особенностей психического развития детей с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации. Для возможности дальнейшей оценки эффективности модели психолого-педагогического сопровождения важной задачей было выработать

балльную систему оценки состояния психических функций и мотивации к школьному обучения у детей после кохлеарной имплантации.

С помощью разработанной психодиагностической программы мы изучили особенности психического развития детей после кохлеарной имплантации. Проведенное нами обследование показало снижение функций внимания, памяти и мышления у детей с кохлеарными имплантами, затруднения в области конструктивного праксиса, в развитии пространственных представлений и со стороны зрительного и тактильного восприятия. Наименьшие затруднения у детей с КИ обнаруживаются в области моторной функции. Исследование школьной мотивации выявило недостаточное развитие мотивации к обучению.

В ходе формирующего эксперимента мы привели теоретическое обосновали, разработали и апробировали модель психолого-педагогического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования. Опытным путем мы доказали, что организация психологического сопровождения детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования способствует более эффективной адаптации к учебному процессу, повышению мотивации к школьному обучению и повышению уровня высших психических функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеевских Д. Ю. Психология детей с нарушениями слуха.

2. Бельтюков В. И. Зрительное восприятие речи в соотношении со слуховым // Сб. Устная речь глухих и слабослышащих / Под ред. Ф. Ф. Рау и В. И. Бельтюкова. М.: Просвещение, 1965.

. Бизюк А. П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. Методическое пособие. СПб.: Речь, 2005.

4. Богданова Т. Г. Диагностика познавательной сферы ребенка. М.: Педагогика, 1994.

5. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. М.: Академия, 2002.

6. Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети. М.: Просвещение, 1963.

7. Боскис Р.М. Исследование проблемы обучения и воспитания слабослышащих детей: Вопросы специального обучения слабослышащих детей // Известия АПН РСФСР. 1965. № 139.

8. Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушением слуха. М.: Просвещение, 1975.

9. Бреслав Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонения. М.: Педагогика, 1990.

10 .Венгер А. Л., Цукерман Г. А. Психологическое обследование младших школьников // Дефектология. 2001. №2.

11 .Власова Т.А. О влиянии нарушений слуха на развитие ребенка. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1954.

12. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. 2-е изд., испр. и доп. М.: Просвещение, 1973.

13. Выготский Л. С. Вопросы воспитания слепых, глухонемых и умственно отсталых детей. М., 1924.

14. Выготский Л. С. Мышление и речь. М., 1934.

15. Выготский Л. С. Основы дефектологии // Собр. соч.: В 6 т. Т.5 / Под ред. Т. А. Власовой. М.: Педагогика, 1983.

16. Выготский Л. С. Проблемы общей психологии // Собр. соч.: В 6 т. Т. 2

/ Под ред. В. В. Давыдова. М.: Педагогика, 1982.

17. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. М.: Изд-во АПН, 1956.

18. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрения ребенка // Психология личности. М., 1982.

19. Грабенко Т. М., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Коррекционные, развивающие и адаптирующие игры. СПб., 2002.

20. Грабенко Т. М., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Фролов Д. Ф. Волшебная страна внутри нас // Тренинг по сказкотерапии. СПб.: Речь, 2002.

21. Грабенко Т. М., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по креативной терапии. СПб., 1998.

22. Грабенко Т. М.., Михаленкова И. А. Эмоциональное развитие слабослышащих школьников: диагностика и коррекция. Учебнометодическое пособие. СПб.: Речь, 2008.

23. Граш Н. Г. Развитие эмоционально-эстетической сферы детей с недостатками слуха на уроках чтения. СПб., 2001.

24.Евтушенко И. В. Интеграции быть? // Здоровье детей Первое сентября. 2012. № 10.

25. Егоров П. Р. Теоретические подходы к инклюзивному образованию людей с особыми образовательными потребностями // Теория и практика общественного развития. 2012. №3.

26. Жигорева М. В. Модель комплексного сопровождения детей раннего возраста после кохлеарной имплантации // Коррекционная педагогика6 теория и практика, научно-методический журнал № 4 (66), 2015.

. Жигорева М. В., Кузьминова С. А. Организационно-методические аспекты помощи обучающимся после кохлеарной имплантации в инклюзии // Современные реалии создания коррекционнообразовательного пространства для детей с ограниченными возможностями здоровья. Материалы всероссийской конференции с международным участием 22 апреля 2016 года. М.: ЛОГОМАГ, 2016.

. Жигорева М. В., Левченко И. Ю. Дети с комплексными нарушениями развития: Диагностика и сопровождение. М.: Национальный книжный центр, 2016.

29. Загорная Е. В. Настольная книга детского психолога. СПб.: Наука и Техника, 2010.

30. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии. СПб.: Издательство «Речь», 2007.

. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Нисневич Л. А. Как помочь особому ребенку. СПб., 1998.

32. Зыкова М. А. О речевом общении глухих младших школьников // Дефектология. 2001. №3.

33. Инклюзивное образование. Настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ: Методическое пособие. М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2014.

34. Исаев Д. Н. Предупреждение реакций дезадаптаций (кризисных состояний). (Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития). СПб., 2002.

. Книга для учителя школы слабослышащих / Под ред. Гилевич И. М., Комарова К. В., Коровина К. Г., Тиграновой Л.И. Краснодар, 1998.

. Ковалев Е. В., Староверова М. С. Образовательная интеграция (инклюзия) как закономерный этап развития системы образования // Инклюзивное образование. Выпуск 1. М.: Центр «Школьная книга», 2010.

37. Королева И. В., Янн П. А. Дети с нарушениями слуха: Книга для родителей, педагогов и врачей. СПб.: КАРО, 2013.

38. Королева И. В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых (электродное протезирование слуха. СПб.: КАРО, 2012.

39. Королева И. В. Учусь слушать и говорить играя: Сборник игр для развития слухового восприятия и устной речи у детей с нарушенным слухом. СПб.: КАРО, 2014.

40. Левченко И. Ю., Забрамная С. Д., Добровольская Т. А. Психологопедагогическая диагностика: учеб. пособие для высших учебных заведений. М.: Академия, 2008.

41. Левченко И. Ю., Киселева Н. А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / Под научной редакцией И. Ю. Левченко. М.: Национальный книжный центр, 2013.

42. Леонгард Э. И. Неслышащие дети в мире слышащих // Особый ребенок: исследование и опыт помощи / Под ред. А. А. Цыганка. М., 1998.

43. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.

44. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М.: Изд-во МГУ, 1972.

45. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.

46.Лусканова Н.Г. Методы исследования д етей с тр уд но с тя ми в о бучен ии : учебно-методическое пособие. М . : Фолиум, 1999 г.

47. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб.: Речи, 2003.

48. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2001.

49. Коррекционно-развивающие занятия с детьми 5-7 лет. Полифункциональная интерактивная среда темной комнаты. Сказкотерапия. Игротерапия / сост. Т. В. Селищева. Волгоград: Учитель, 2016.

50. Коррекция сенсорного и интеллектуального развития младших школьников с нарушением слуха / Под ред. И. А. Михаленковой. СПб., 2000.

51. Локалова Н. П. «120 уроков психологического развития младших школьников». М.: Ось-89, 2006.

52. Никитина М. И. Воспитание младших школьников с нарушением слуха. М., 1996.

53. Никитина М. И. Психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста с недостатками слуха // Никитина М. И., Пенин Г. Н., Пономарева З. А. Воспитание младших школьников с нарушением слуха. СПб, 1996.

54. Основы специального обучения слабослышащих детей / Под ред. Р. М. Боскис. М.: Просвещение, 1975.

. Петер А. Я. Воспитание и обучение глухого ребенка. Сурдопедагогика как наука. М.: Academa, 2003.

. Петшак В. Эмоциональное развитие глухих детей // Автореф. дис. … д. пед. наук. М., 1996.

57. Психология глухих детей / Под ред. И. М. Соловьева, Ж. И. Шиф, Т. В. Розановой, Н. В. Яшковой. М., 1971.

58. Пылаева Н. М., Ахутина Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб.: Питер, 2008.

59. Рахманов В. М. Медико-социальные аспекты воспитания и обучения детей с нарушением слуха. Харьков, 1990.

60. Розанова Т. В. Принципы психологической диагностики отклонений в развитии у детей // Дефектология. 1995. № 1.

61. Розанова Т. В. Развитие памяти и мышления глухих детей. М.: Педагогика, 1978.

62. Розанова Т. В. Развитие способностей глухих детей в процессе обучения. М., 1991.

63. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб., 1999.

64. Руленкова Л. И. Обучение и реабилитация детей с нарушением слуха с использованием невербального метода // Инновации в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. М., 1999.

65. Семаго Н. Я. Методические рекомендации к «Диагностическому альбому для оценки развития познавательной деятельности ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст» / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. М.: Айрис-пресс, 2007.

66. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. М.: Генезис, 2015.

67. Тарасова Н. В. Комплексное сопровождение детей после кохлеарной имплантации в центре оториноларингологии. Дисс. к.п.н. Москва, 2010.

68. Тигранова Л. И. Развитие логического мышления детей с недостатками слуха: Книга для учителей. М., 1991.

69. Тигранова Л. И. Умственное развитие слабослышащих детей. М.: Педагогика, 1978.

70. Федоренко Л. Г. Профилактика эмоционального напряжения в школе // Психология в школе. 2002. Ч. 1.

71. Фоппель К. Как научить детей сотрудничать. М., 1998.

72. Хватцев М. Е., Шабалин С. Н. Особенности психологии глухого школьника. М.: Просвещение, 1961.

73. Шматко Н. Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. 1999. № 1-2.

74. Шматко Н. Д., Пелымская Т.В. Если малыш не слышит. М., 1995.