**Новые подходы в реабилитации детей после кохлеарной имплантации.**

Кохлеарная имплантация становится все более распространенной возможностью помощи детям с нарушениями слуха. Она открывает многим неслышащим людям перспективу возвращения в русло обычного, естественного развития, полноценного восприятия окружающего мира, общения, взаимодействия с другими людьми. Как реализовать эти возникающие возможности? Становится понятно, что это процесс длительный общей работы семьи, врачей и педагогов, и успех зависит от мсогласованности их взаимодействия. Вначале ведущая роль принадлежит медикам, но уже на первом послеоперационном этапе определяющей выходит роль **сурдопедагога,** который начинает решать задачи организации естественного и полноценного взаимодействия близких с ребенком, дает ориентиры для продвижения ребенка.

Доказано, что кохлеарная имплантация наиболее эффективна в раннем возрасте - в пору, когда решение за малыша принимают взрослые, поэтому так важна полнота и достоверность информации, ориентиры для принятия столь важного для ребенка и всей семьи решения.

Принятое родителями на веру суждение человека малосведущего или негативно оценивающего кохлеарную имплантацию может иметь для глухого малыша тяжелые последствия – будет упущен шанс. Впрочем, и оптимистические рассказы о том, что ребенок, учившийся в специальной школе, после операции непременно и сразу перейдет в общеобразовательную, где будет успешен, не менее пагубны. Согласно, зарубежным данным, только 67% родителей детей с кохлеарными имплантами удовлетворены результатом. Несовпадение ожиданий семьи и реальных возможностей имплантированного ребенка, объясняется нередко отсутствием достоверной информации и квалифицированной помощи сурдопедагога на этапе реабилитации.

**Роль сурдопедагога на разных этапах кохлеарной имплантации:**

**Сурдопедагогическое обследование при отборе на КИ.**

Обязательной частью дооперационного исследования является сурдопедагогическое обследование ребенка. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 мая 2015 года №338

 Это **обследование** определяет сложившиеся до операции уровень общего и речевого развития ребенка, умения и навыки слухового восприятия речи и неречевых звучаний, а также эффективность использования слуховых аппаратов. Следует оценивать также условия семейного воспитания ребенка, среди которых особенно важны:

* понимание родителями того, что успешная операция и хорошо работающий имплант сами по себе еще не гарантируют перехода ребенка в новый статус;
* решимость семьи оказывать систематическую помощь ребенку на всех этапах его реабилитации,
* готовность родителей меняться – перестраивать привычную коммуникацию и взаимодействие с ребенком после операции;
* понимание семьей необходимости подбора подходящего ребенку с кохлеарными имплантами образовательного маршрута, обеспечивающего ему возможность психолого-педагогического сопровождения и получения специальной помощи.

На основании анализа всей совокупности этих данных принимается решение - ребенок становится или не становится кандидатом на операцию кохлеарную имплантацию.

Если кандидатом на имплантацию становится глухой ребенок, то в период ожидания операции сурдопедагогу требуется обратить особое внимание на формирование умений:

* воспринимать на слух с помощью индивидуальных слуховых аппаратов неречевые (а по возможности и речевые) звучания;
* подготовить его к будущей настройке речевого процессора;
* включить семью в занятия с ребенком до операции.

**Время пребывания ребенка в клинике и период заживления сурдопедагог использует для работы с родителями.** Он старается добиться понимания близкими того, что успешная операция и хорошо работающие импланты сами по себе еще не гарантируют перехода ребенка к естественной коммуникации и спонтанному речевому развитию. Сурдопедагог настраивает семью на оказание систематической помощи ребенку на всех дальнейших этапах реабилитации; готовит близких к решению сложной задачи перестройки после операции уже сложившихся и привычных всем форм коммуникации и взаимодействия; разъясняет необходимость подбора в будущем подходящего ребенку с кохлеарными имплантами образовательного маршрута, обеспечения ему психолого-педагогического сопровождения в новой среде; использует время до подключения речевого процессора для доступных развивающих занятий с ребенком, включая в работу членов его семьи.

 **Роль сурдопедагога при подключении речевого процессора КИ:**

* оценивает безусловные ориентировочные реакции (например: замирание, поворот головы в ответ на звук и т.п.) ребенка при электростимуляции в процессе программирования речевого процессора;
* вырабатывает у ребенка условную двигательную реакцию на звук (например: в ответ на сигнал маленький ребенок надевает кольцо на стержень пирамиды, кладет кубик в кузов и т.п.;
* выделяет и анализирует непроизвольные и произвольные реакции ребенка на разнообразные звуки, что необходимо для оценки эффективности работы речевого процессора и системы кохлеарного импланта в целом;
* учит родителей замечать и фиксировать в дневнике наблюдений изменения в поведении ребенка – его непроизвольные и произвольные реакции на разнообразные звуки;
* учит ребенка определять силу звучания (громко/тихо); количество звучаний; их длительность (долго/кратко), высоту (высоко/низко) и т.д. для уточнения в будущем режима настройки.

Как правило, на первом году использования кохлеарного импланта ребенком проводятся 3-4 настроечные сессии, на втором году - 2 сессии, в последующие годы – уже по 1 сессии в год. В процессе этой работы обеспечивается максимальная разборчивость воспринимаемой речи за счет последовательного уточнения пороговых и комфортных уровней стимуляции.Получив благодаря операции физическую способность слышать, ребенок не способен сразу и сам воспользоваться новыми возможностями.

**Роль сурдопедагога в реабилитации после КИ**

Институт коррекционной педагогики РАО предложил реабилитацию нового типа, получившую название 3П – реабилитация. (Сатаева А.И.) Методологическими основами которой служили:

-представление о социальной природе вторичных нарушений (Выготский Л.С.);

-представления о роли раннего аффективного развития (Никольская О.С., Баенская Е.Р.);

-представления о точке запуска естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи после КИ (Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И.)

**3П-реабилитация – это:**

-перестройка взаимодействия ребенка с КИ с семьей на новой сенсорной основе;

-проживание на новой сенсорной основе тех этапов раннего онтогенеза, что были прожиты ребенком и его семьей в условиях глухоты;

-перевод ребенка с КИ на путь естественного развития, типичного для нормально слышащих детей.

 Смысл работы сурдопедагога на данном этапе реабилитации - помощь родителям в перестройке коммуникации и взаимодействия со своим изменившимся ребенком. Требуется обеспечить переход ребенка к коммуникации на естественной сенсорной основе. *Это самый ответственный этап реабилитации – он запускает весь ее дальнейший процесс, и сурдопедагог играет здесь ведущую роль.* Работа сурдопедагога ведется дифференцированно, это необходимо потому, что диапазон различий в развитии детей, поступающих к нему после операции, подключения процессора и первичной его настройки, очень значителен:

* оглохшие дети, сохранившие речь и коммуникацию, сформированные на естественной сенсорной основе;
* оглохшие дети дошкольного возраста, теряющие или потерявшие речь;
* глухие дети, обладающие до операции развернутой речью, сформированной на слухо-зрительной основе, что возможно при раннем слухопротезировании и раннем начале коррекционной помощи;
* глухие дети, обладающие развернутой речью, сформированной до операции на зрительно-слуховой основе;
* глухие дети, у которых до операции не удалось сформировать развернутую словесную речь, и их коммуникация осуществляется другими средствами;
* глухие дети до 2,5 3-х лет, еще не владеющие в силу возраста развернутой фразовой речью.

Дети с нарушенным слухом, имеющие дополнительные нарушения, могут оказаться в каждой из этих групп, за исключением третьей и четвертой. Цель работы сурдопедагога едина – формирование коммуникации и взаимодействия ребенка с близким окружением на естественной сенсорной основе. Задачи работы дифференцируются, исходя из понимания различий детей:

* оглохшим детям требуется восстановить утраченную полноценную коммуникацию и речь;
* глухим детям с фразовой речью требуется реконструировать коммуникацию перевести ее на естественную и полноценную сенсорную основу;
* глухим детям, у которых не удалось до операции сформировать речь, требуется заново формировать коммуникацию на естественной сенсорной основе;
* глухим детям, не владеющим фразовой речью в силу возраста, требуется обеспечить условия для естественного развития коммуникации и становления речи на полноценной сенсорной основе, как это происходит в норме.

Общим в работе сурдопедагога и обязательным во всех случаях является помощь родителям в перестройке коммуникации и взаимодействия со своим изменившимся ребенком. Первоначальный этап реабилитации будет проходить в разных семьях по-разному, однако, каким бы длительным ни оказался период реконструкции коммуникации ребенка с близкими людьми, предпочтительным является его пребывание в семье. Помещение ребенка с кохлеарными имплантами в образовательное учреждение до перевода коммуникации и взаимодействия с ближайшим окружением на естественную сенсорную основу может свести на нет все предшествующие усилия и семьи, и ребенка. Он еще не готов к естественной коммуникации и взаимодействию со слышащим окружением и тем более - к обучению в этой среде, но ему уже может повредить среда **неслышащих**, поскольку она не может стимулировать дальнейшее становление и укрепление естественной коммуникации и взаимодействия с людьми. Показателем благополучного завершения запускающего этапа реабилитации служит появление естественного «слухового» поведения ребенка и способности спонтанно осваивать речь в естественной коммуникации, как это и происходит у нормально слышащего ребенка раннего возраста.

Ориентиром в этой специальной работе сурдопедагогу служит логика развития слышащего ребенка первого года жизни.

Если слуховой онтогенез рассматривается как развитие слуховой функции, то он осмысливается как последовательный переход ребенка первого года жизни от слухового сосредоточения к локализации звуков в пространстве, и далее – к дифференциации неречевых и речевых звучаний.

Работа с имплантированными детьми, нацеленная на переход ребенка на путь естественного развития, заставляет нас рассмотреть становление слуховой функции на первом году жизни иначе - в контексте становления и развития взаимодействия ребенка с окружающим миром, вне зависимости от возраста, в котором проведена операция кохлеарной имплантации.

Мы предлагаем выделить **четыре сессии работы сурдопедагога** на запускающем этапе реабилитации:

* Ориентировочная
* Запуск эмоционального взаимодействия
* Запуск понимания речи
* Запуск спонтанного освоения речи в естественной коммуникации

**Показатели завершения запускающего этапа реабилитации ребенка с КИ**

* естественное поведение, характерное для слышащего ребенка раннего возраста - живой интерес к звукам, желание и стремление экспериментировать с ними; активизация голосовых реакций; способность самостоятельно искать и находить источник звука в естественных бытовых условиях - дома, на улице, в транспорте, в магазине, поликлинике - ребенок начинает самостоятельно искать источник звука и, обнаружив его, ведет себя адекватно услышанному;
* естественная коммуникация, характерная для слышащего ребенка раннего возраста - эмоциональная включенность ребенка в коммуникацию; способность использовать интонацию в ее смыслоразличительной функции, способность инициировать контакты с окружающими слышащими людьми, используя как невербальные, так и доступные ему вербальные средства, общаться, не обязательно глядя на собеседника, воспринимать доступные вопросы и словесные инструкции и адекватно реагировать на них в ситуации и вне ситуации наглядного выбора и т.д.;
* способность спонтанно осваивать речь в естественной коммуникации, как это происходит у нормально слышащего ребенка раннего возраста.

Итоговый показатель завершения запускающего этапа реабилитации ребенка с КИ – его переход к естественному для слышащего поведению в социуме и спонтанному развитию речи в естественной коммуникации.

**Анализ результатов пациентов**, прооперированных в 2013 году в Университетской клинике «Аксай» системой кохлеарной имплантации Cochlear (50 испытуемых).

**По возрасту:**

**До 1,5 лет – 8 человек**

**1,5 – 3 года – 24 человека**

**3 – 5 лет – 14 человек**

**Старше 5-ти лет – 4 человека.**

**Посещают общеобразовательные учреждения – 21 ребенок, 42%.**

**Учреждения для слабослышащих детей – 25 пациентов, 50%.**

**Коррекционные учреждения – 4 пациента, 8%.**

Ни один ребенок, имплантированный в раннем возрасте, не оказался в специальной среде. Все они были интегрированы в нормальную или максимально нормализованную среду и благополучно удерживаются в ней. В отличие от них 50% детей, имплантированных в дошкольном возрасте и не владеющих речью до операции, нуждались после реабилитации в специальной среде, но уже не глухих, а слабослышащих сверстников.Как известно, при раннем, с первых месяцев жизни, выявлении детей с тяжелыми нарушениями слуха, их бинауральном слухопротезировании, раннем начале и правильной постановке коррекционной помощи удается в 25-27 % случаев перевести детей без дополнительных первичных нарушений на путь естественного развития коммуникации и речи (Пелымская Т.В., Шматко Н.Д., 1998, 2003). В то время, как при проведении кохлеарной имплантации в раннем возрасте и использовании разработанного подхода к реабилитации удается добиться этого результата в подавляющем большинстве случаев. Уровень общего и речевого развития детей к моменту завершения запускающего этапа может быть разным, в том числе, ниже и выше возрастной нормы.

**Использованная литература:**

1.Об утверждении Правил оказания сурдологической помощи населению Республики Казахстан Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 12 мая 2015 года №338.

2.Альманах Института коррекционной педагогики.

3.Психолого-педагогическая помощь после кохлеарной имплантации. Монография. Москва, 2014.

4.Дети с кохлеарными имплантами. Москва, 2017.