

УДК [376.21.4:37.018.1:376.356]:
616.28-008.14-089.843-053.2

Тарасова Н.В.,
Орлова О.С.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИОННО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ключевые слова: психолого-педагогическое сопровождение, интегрированное обучение, кохлеарная имплантация, реабилитация, семейное воспитание и обучение.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, на 1000 нормальных родов 1 ребенок рождается с полной глухотой, а у 2–3 глухота развивается на первом-втором году жизни. Сегодня в России свыше 1 млн детей – инвалиды по тугоухости, и ежегодная потребность в кохлеарных имплантах превышает 1000 штук [5].

Широкое внедрение современных технологий реабилитации детей с нарушениями слуха (программируемые слуховые аппараты, кохлеарная имплантация) требует качественно иной организации психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей с названной патологией.

Кохлеарная имплантация (КИ) сегодня – это перспективный, высокотехнологичный метод помощи лицам с тяжелыми формами тугоухости и глухоты, которым не помогают традиционные слуховые аппараты. Он получил широкое распространение в нашей стране в последние два десятилетия (М.Р. Богомильский, Н.А. Дайхес, И.Н. Дьяконова, И.В. Королева, А.А. Ланцов, Э.В. Миронова, Ю.М. Овчинников, В.И. Пудов, Г.А. Таварткиладзе, Ю.К. Янов и др.).

В настоящее время в Российской Федерации операции кохлеарной имплантации проводят в трех центрах: ФГУ «Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования» (Москва), ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (Москва), ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла и речи Росмедтехнологий» (Санкт-Петербург) и филиалах.

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» г. Москвы (директор – профессор Н.А. Дайхес) приступил к проведению указанных операций в 2005 г. В настоящее время специалистами Центра прооперировано более 270 человек

за счет федерального и местных бюджетов, других источников финансирования. Следует отметить, что все мероприятия, связанные с кохлеарной имплантацией, а именно оперативные вмешательства, первые и последующие настроечные сессии программ речевых процессоров, занятия с сурдопедагогом, организация работы с родителями проводились не только на клинических базах Центра, но и в его филиалах по Сибири и Дальнему Востоку, в регионах Поволжья, Северного Кавказа, Башкирии, Московской области на базах республиканских и областных клинических больниц с привлечением местных специалистов [1].

Что же считать успехом кохлеарной имплантации? По нашему мнению, факторами успеха КИ являются:

- командный подход группы специалистов к реабилитации имплантированного пациента, обеспечивающий качественный отбор кандидатов на операцию, основанный на проведении медицинских, психолого-педагогических обследований, принятии коллегиального решения (комиссия по отбору на операцию КИ);
- проведение операции на высоком профессиональном уровне (хирургическая тактика оперативного вмешательства и анестезиологического пособия) и последующее медицинское ведение пациента;
- выбор оптимальных характеристик программирования речевого процессора систем КИ и проведение психолого-педагогического обследования, включающего оценку состояния слухового восприятия с помощью кохлеарного импланта (во время настроечных сессий);
- создание методически выстроенной системы педагогического воздействия, учитывающей индивидуальные особенности пациента, данные до- и послеоперационных обследований, настроечных сессий; прогнозирование и анализ результатов, внесение коррективов на всех этапах реабилитации;
- активное вовлечение семьи в процесс воспитания и обучения имплантированного пациента (родители становятся не «наблюдателями», а полноправными участниками реабилитации (Специалисты = Ребенок = Семья);
- создание условий для социальной адаптации среди слышащих сверстников, возможности вариативного интегрированного обучения, формирование потребности в общении с помощью устной речи;
- наличие подготовленных специалистов в медицинских и образовательных учреждениях во всех регионах РФ и постоянное профессиональное обучение.

Проблема комплексной реабилитации имеет междисциплинарный характер, сочетающий техническую, медицинскую, психолого-педагогическую помощь и социальную поддержку пациента и членов его семьи. Опыт отечественных и зарубежных специалистов показывает, что соблюдение вышеперечисленных факторов значительно изменяет качество жизни имплантированного человека. Так, дети с врожденной глухотой или приобретенной в первый год жизни, оперированные в возрасте до 2 лет, имеют максимальные шансы для последующего обучения в общеобразовательной школе [5]. Однако нужно отметить, что переоценка родителями успехов кохлеарной имплантации может иметь тяжелые последствия в виде педагогической запущенности, которая будет приводить к отставанию в развитии от слышащих сверстников. Дети с врожденной глухотой или приобретенной в

первый год жизни, имевшие определенный слуховой опыт, перенесшие операцию в возрасте от 2 до 3,5 года, способны достигнуть уровня развития слышащих сверстников к моменту обучения в школе, но при соблюдении определенных условий:

- систематического консультирования у сурдопедагога, который проводит коррекционно-развивающие занятия, контролирует достижения в развитии ребенка и оценивает результаты обучения;
- обеспечения постоянного пребывания ребенка в семье, удовлетворения потребности в любви, постоянном речевом общении, правильно организованном режиме дня, проведения как специальных занятий по развитию слухового восприятия и речи, так и по общему развитию;
- наличия дошкольного, школьного образовательного учреждения по месту жительства, в которых реализуется одна из базовых моделей интегрированного обучения;
- решения технических проблем, связанных с эксплуатацией внешней части кохлеарного импланта, наличия сервисной поддержки по месту жительства пациента.

Одним из решающих условий, определяющих успешность реабилитации имплантированных пациентов, является построение индивидуальной программы психолого-педагогического сопровождения пациента и его семьи на всех этапах кохлеарной имплантации [6].

Психолого-педагогическое сопровождение может осуществляться в условиях интегрированного обучения как в массовых, так и в специализированных образовательных учреждениях (базовые модели интегрированного обучения) [3].

Обучение детей с врожденной глухотой или приобретенной в первый год

жизни, имевших определенный слуховой опыт, имплантированных в возрасте 3,5–5 лет, возможно в условиях интегрированного учреждения (массовый детский сад, группа кратковременного пребывания, центр реабилитации слуха и речи) [6]. После проведения тщательного анализа достигнутых результатов в развитии всех сторон личности ребенка принимается решение о направлении его в массовую или специальную (коррекционную) школу для детей с нарушениями слуха. Родители должны адекватно оценивать успехи ребенка и видеть дальнейшие пути коррекционно-педагогической работы с ним.

Сложным остается вопрос возможности интегрированного обучения детей с врожденной глухотой или приобретенной в первый год жизни, имевших определенный слуховой опыт и имплантированных в возрасте старше 5 лет [там же]. Как правило, процесс организации их обучения требует специального коррекционного воздействия в специализированных учреждениях, и вопрос о целесообразности их пребывания в массовой школе должен решаться индивидуально и с обязательным участием родителей. Иной подход применяется в отношении детей и подростков, потерявших слух, но сохранивших речь, приобретенную ими до наступления глухоты. Независимо от возраста, проведение операции кохлеарной имплантации и комплексной психолого-педагогической реабилитации дает самые высокие результаты. Все имплантированные дети данной категории способны продолжить обучение в условиях постоянной полной (модель недозированного совместного обучения и воспитания) интеграции при обязательной поддержке семьи и специалистов медицинских центров, работающих в области кохлеарной имплантации [там же].

В настоящее время остается актуальной проблема семейного воспитания неслышащего ребенка. В основном это касается тех семей, где у родителей с сохранным слухом рождается глухой ребенок или патологический процесс возникает до момента появления речи. Особенно остро этот вопрос стоит в семьях, в которых у слышащего ребенка по ряду причин (заболевания, травмы) наступает глухота. Родители оказываются не готовыми к решению возникших проблем.

Идея семейного воспитания детей с нарушениями слуха зародилась в средние века задолго до появления общественного воспитания. На протяжении нескольких столетий передовые сурдопедагоги одним из важнейших факторов развития и формирования личности ребенка с нарушением слуха считали раннее воспитание его в семье. Одним из первых отечественных сурдопедагогов был В.И. Флери, который в своем труде «Глухонемые, рассматриваемые в отношении к их состоянию и к способам образования, самым свойственным их природе» (1835) придавал огромное значение материнской любви, заботе и воспитанию глухого малыша [2].

В разные годы прошлого века ученые подходили к проблеме помощи семьям, воспитывающим детей с нарушениями слуха. В 30–40-е гг. Н.А. Рау, Ф.А. Рау организовывали консультации и издали ряд статей, методических рекомендаций для родителей глухих и слабослышащих детей. В 50–60-е гг. проблемой организации и содержания работы с плохослышащими детьми младенческого и раннего возраста активно занималась Б.Д. Корсунская. Исследования, проводившиеся в 60–70-е гг. А.А. Венгер, Г.Л. Выгодской и Э.И. Леонгард, выявили значительные возможности семейного воспитания

и показали возможность интеграции детей с нарушениями слуха в среду слышащих сверстников.

В настоящее время данная проблема широко рассматривается в работах Л.А. Головниц, Е.А. Ивановой, Э.И. Леонгард, Т.В. Пелымской, Е.Г. Самсоновой, Н.Д. Шматко и др. Авторы подробно описывают деятельность родителей по созданию слухоречевой среды в семье, организации обучения в течение всего дня, придают особое значение работе по всестороннему развитию ребенка. Использование слуховых аппаратов, по их мнению, является важнейшим фактором эффективности воспитания и обучения ребенка в семье [там же].

Важным направлением реабилитации, требующим особого внимания и изучения, является работа с семьей имплантированного пациента. Повышение эффективности семейного воспитания и обучения базируется на комплексном подходе оказания медико-психолого-педагогической помощи, который реализуется в процессе:

- проведения настроечных сессий аудиологом совместно с сурдопедагогом и родителями;
- организации совместных с родителями различных видов занятий, составления индивидуальной программы обучения и воспитания ребенка (перспективное планирование), обсуждения результатов, решения проблем;
- оказания педагогической помощи родителям в проведении занятий в домашних условиях, объяснения и демонстрации приемов работы, различных видов упражнений;
- знакомства родителей с результатами педагогических тестирований, оценивающих навыки развития слухового восприятия, речевого слуха, устной речи;

- постоянной психологической поддержки родителей всеми специалистами: беседы, консультации, дополнительные осмотры.

Особое внимание уделяется вопросам ознакомления ребенка и членов его семьи с имплантационной системой:

- с внешним видом и устройством речевого процессора (например, фирма Advanced Bionics дарит каждому ребенку дружелюбную обвязку с детской имплантационной системой);
- с возможностями изменения конфигурации речевого процессора за несколько секунд (от заушенной модели к карманному варианту), например модульный дизайн Nucleus FREEDOM;
- с количеством и отличительными особенностями программ, настроенных в речевом процессоре (например, для постоянного использования, прослушивания музыки, занятий в шумной обстановке и т.д.);
- с особенностями технической поддержки (определение исправности работы процессора и внешних частей, использование аккумуляторов, замена батареек, проводков, подключение различных внешних устройств, FM-систем).

Необходимым условием организации систематического наблюдения за ходом развития имплантированного пациента является ведение «Дневника наблюдений». Дневниковые записи ведут родители. Они заполняют графы соответствующих разделов фактическим материалом, полученным в результате наблюдений за ребенком в течение всего дня в различных ситуациях. Эти записи пополняются и анализируются специалистом-педагогом, который осуществляет коррекционный процесс во время индивидуальных

занятий. Кроме того, педагог должен не только стремиться к точности отражения результатов, но и подвергать их тщательному анализу с указанием методов и приемов педагогического воздействия, планировать дальнейшую работу по всем разделам программы реабилитации. Первые два года после имплантации записи в дневнике ведутся регулярно (1–2 раза в неделю). Это является важным условием для осуществления контроля деятельности родителей и членов семьи имплантированного ребенка. Внесение коррективов в программу обучения и воспитания – содержания занятий, продолжительности и времени тех или иных видов работы – позволяет решать любые трудности, возникающие в реабилитационном процессе. Дневник ведется в специальной тетради. Он состоит из двух частей: развитие слухового восприятия, развитие устной речи. Каждая часть содержит определенные графы. При составлении второй части дневника мы опирались на протокол обследования речи в условиях специальной проверки, предложенный Т.В. Николаевой [4]. Родители указывают точные даты проведенных настроечных сессий; условия, в которых проходили занятия (дата проведения, кто проводил занятие, форма, длительность, расстояние, с которого ребенку предъявлялся речевой материал, и т.д.) и результаты наблюдений за речевыми реакциями ребенка.

Первую часть дневника можно условно разделить на несколько разделов. Звуки окружающей природы: шум ветра, дождя, скрип снега и т.д. Звуки живой природы: голоса животных и птиц (путешествия в зоопарк, на ферму). Звуки улицы: транспорт (клаксон, мотор, свист тормозов); стройка (отбойный молоток, специальная техника), колокола и куранты. Звуки раз-

личных инструментов (музыкальных, столярных). Звуки электробытовых приборов. Различные звуки, связанные с деятельностью человека.

Приведем некоторые записи из «Дневника наблюдений» родителей М.И., 3,5 года (табл. 1, 2).

Специалисты центра акцентируют внимание семьи имплантированного пациента на необходимости постоянного контроля над развитием слухового восприятия, устной речи. Разъясняют значимость раннего начала коррекционной работы. Дневниковые записи родителей анализируются специалистами и позволяют планировать проведение последующих настроечных сессий и динамических тестирований, занятий с сурдопедагогом в течение двух и более лет после операции. Длительность настроечных сессий на первом году реабилитации составляет от 5 до 10 дней, каждые 3–4 месяца (реже – вопрос решается индивидуаль-

но). В последующие годы количество настроечных сессий зависит от ряда факторов, но не менее двух в год. Занятия с сурдопедагогом проводятся курсами (от нескольких недель до 6 месяцев) для пациентов, проживающих в регионах России. Для пациентов Москвы и Московской области занятия организованы еженедельно (1–3 раза).

Одним из направлений работы с семьей является создание объединений родителей, проведение обучающих семинаров по программам реабилитации, «круглых столов», совместных мероприятий.

Резюмируя вышеизложенное, можно отметить, что активное включение родителей в совместную деятельность со специалистами по кохлеарной имплантации на всех этапах реабилитации позволяет значительно повысить эффективность оказания помощи имплантированному пациенту.

Таблица 1

Развитие слухового восприятия

Источник звука	Обнаруживает БОР, УДР, состояние	Различает выбор из 2 источников звука	Узнает выбор из 5 и более источников звука	Опознает, соотносит звук с предметом, ситуацией	Примечание
мобильный телефон	+ УДР до 6 м	+ / дверной звонок	+ / музыкальные инструменты, звучащие игрушки	+ / указывает на источник звука	повседневная жизнь, игры; приносит родителям

Примечание: БОР – безусловно-ориентировочная реакция на источник звука; УДР – условно-двигательная реакция на источник звука.

Таблица 2

Развитие устной речи

№	Слова/фразы	Понимает	Повторяет сопряженно/отраженно	Называет по просьбе	Употребляет в собственной речи	Примечание
1	Пойдем гулять	+	«падем уля-ть»	«аде уля»	«аде уля»	использует естественные жесты, ситуации

Литература

1. *Белоконь, А.Н.* Корреляционные взаимоотношения эффективности слухоречевой реабилитации и количества настроечных сессий у пациентов после кохлеарной имплантации / А.Н. Белоконь, Н.В. Тарасова, А.О. Кузнецов // Российская оториноларингология. 2008. Прил. 1. С. 204–209.
2. *Головчиц, Л.А.* Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: ВЛАДОС, 2001.
3. *Малофеев, Н.Н.* Базовые модели интегрированного обучения / Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шматко // Дефектология. 2008. № 1. С. 71–78.
4. *Николаева, Т.В.* Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом: метод. пособие / Т.В. Николаева. М.: Экзамен, 2006.
5. *Таварткиладзе, Г.А.* Современное состояние и тенденции развития кохлеарной имплантации у детей / Г.А. Таварткиладзе // Тезисы XVII съезда оториноларингологов России. Н. Новгород, 2006.
6. *Тарасова, Н.В.* Интеграция пациентов после кохлеарной имплантации / Н.В. Тарасова, О.С. Орлова, А.Н. Белоконь // Логопедия сегодня. 2008. № 4 (22). С. 47–53.