

На правах рукописи

Сатаева Альбина Ирековна



СИСТЕМА РАБОТЫ СУРДОПЕДАГОГА С ДЕТЬМИ
ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Специальность 13.00.03 – коррекционная педагогика

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени

кандидата педагогических наук

Москва – 2016

**Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении
«Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»
(ФГБНУ «ИКП РАО»)**

Научный руководитель: доктор педагогических наук, член-корреспондент РАО
Кукушкина Ольга Ильинична

Научный консультант: доктор психологических наук, доцент
Гончарова Елена Львовна

Официальные оппоненты: **Красильникова Ольга Александровна,**
доктор педагогических наук, доцент, профессор кафедры
сурдопедагогики института дефектологического
образования и реабилитации ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И.
Герцена

Венгер Александр Леонидович,
доктор психологических наук, профессор кафедры
психологии Государственного университета «Дубна»

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Иркутский государственный университет»

Защита состоится 15 декабря 2016 года в 15.00 на заседании диссертационного
совета Д 008.005.01 на базе Федерального государственного бюджетного научного
учреждения «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» по
адресу: 119121, г. Москва, ул. Погодинская, д. 8, корп. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в ФГБНУ «ИКП РАО» и на сайте
<http://институт-коррекционной-педагогики.рф/ftpgetfile.php?id=336>

Автореферат разослан « ____ »2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук



Алле А.Х.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности. Одним из самых эффективных методов помощи детям с тяжелыми нарушениями слуха является метод многоканальной кохлеарной имплантации (КИ) – хирургическая операция по вживлению электродной системы во внутреннее ухо, подключение всей системы КИ (внутренней и внешней части), первичное программирование индивидуальной карты речевого процессора и последующие поднастройки речевого процесса. Он начал применяться на Западе с 1978 года, и в настоящее время имплантация (кохлеарными и стволомозговыми электронными системами) становится генеральной линией помощи лицам с тяжелыми нарушениями слуха.

В России практика проведения кохлеарной имплантации детям с тяжелыми нарушениями слуха начала развиваться с середины 1990-х гг.

В России, как и на Западе, кохлеарные имплантации вначале проводились взрослым оглохшим, затем подросткам и, наконец – детям с врожденными выраженными нарушениями слуха: вначале также школьникам, затем дошкольникам, в последнее время – детям раннего возраста, начиная с первого года жизни.

В конце 90-х гг. XX века в России в год проводилось не более 10-20 операций, в настоящее время – более тысячи операций взрослым и детям с глухотой и тяжелыми формами тугоухости.

Накопленный в России и на Западе опыт применения метода кохлеарной имплантации в отношении детей показал, что операция КИ обеспечивает предпосылки, но не гарантирует перехода ребенка на путь естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи. В настоящее время специалисты разных стран мира единодушны в понимании необходимости психолого-педагогической работы по реабилитации ребенка после операции кохлеарной имплантации [Boothroyd A., Geers A.E., Moog J.S., 1991; Dowell R.C., Blamey P.J. and Clark G.M., 1997; Allum J.D., 1996; Арутюнян И.А., 2008, Бахшиян В.В., 2014; Королева И.В., 2002, 2009, 2015; Красильникова О.А., 2014; Леонгард Э.И., 2006, 2008; Миронова Э.В., 2000, 2005; Таварткиладзе Г.А., 2003, 2013; Тарасова Н.В., 2010; Шарманжинова Т.Д., 2004 и др.]. Однако повсеместной практики полноценной реабилитации детей после КИ, которая обеспечивала бы максимальную реализацию реабилитационного потенциала ребенка с тяжелыми нарушениями слуха после оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в России пока не сложилось. Актуальность исследования определяется потребностью практики в разработке такой системы психолого-педагогической реабилитации ребенка с КИ, которая надежно приводила бы к запуску новых слуховых возможностей и спонтанного развития речи.

Цель исследования. Разработать и апробировать систему работы сурдопедагога с детьми после КИ, обеспечивающую запуск новых слуховых возможностей ребенка и спонтанное освоение речи в естественной коммуникации.

Объект исследования. Психолого-педагогическая реабилитация детей после КИ.

Предмет исследования. Система работы сурдопедагога с ребенком с КИ на запускающем этапе реабилитации.

Гипотеза исследования. Для перевода ребенка с КИ на путь естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи требуется новая система работы сурдопедагога, нацеленная на перестройку эмоционального

взаимодействия родителей с ребенком на изменившейся сенсорной основе, запуск развития слухового восприятия и становление предпосылок спонтанного развития речи.

Задачи исследования:

1. Провести анализ и описать эволюцию индивидуальных средств звукоусиления в контексте развития микроэлектроники и цифровых технологий.
2. Провести анализ и описать эволюцию индивидуальных средств звукоусиления в социокультурном контексте для определения условий, при которых высокотехнологичные биомедицинские технологии КИ становятся востребованными обществом и государством.
3. Определить и обосновать цель, задачи, содержание, методы, этапы работы (педагогические сессии), показатели их завершения, а также показатели завершения запускающего этапа реабилитации ребенка после КИ.
4. Экспериментально проверить эффективность разработанной системы работы сурдопедагога на запускающем этапе реабилитации детей раннего и дошкольного возраста с КИ.

Методы исследования были выбраны с учетом специфики предмета, объекта, задач исследования и включали анализ, систематизацию и обобщение литературных данных; метод обучающего эксперимента; количественный и качественный анализ экспериментальных данных.

Методологическую основу исследования составляют:

- периодизация Н.Н. Малофеева как инструмент оценки современных тенденций развития практики помощи лицам с ОВЗ и, в частности – лицам с тяжелыми нарушениями слуха;
- положение о необходимости междисциплинарного взаимодействия специалистов медицинского и психолого-педагогического профиля в ходе высокотехнологичной медицинской помощи детям с тяжелыми нарушениями слуха – кохлеарной имплантации [Бахшинян В.В., Королева И.В., Миронова Э.В., Таварткиладзе Г.А. и др.];
- положение о необходимости психолого-педагогической реабилитации глухого ребенка после КИ [Archbold S., Clark G.M., Dowell R.C., Nikolopoulos T.G., O'Donoghue G.M., O.V., Королева И.В., Миронова Э.В. и др.];
- положение специальной психологии и коррекционной педагогики об общих закономерностях развития слышащего и глухого ребенка, основанное на культурно-исторической теории Л.С. Выготского;
- базовые положения отечественной научной школы сурдопедагогики о решающем значении раннего и дошкольного обучения и воспитания в развитии ребенка с нарушенным слухом [Корсунская Б.Д., Леонгард Э.И., Пельмская Т.В., Рау Е.Ф., Рау Н.А., Шматко Н.Д. и др.];
- базовое положение отечественной научной школы сурдопедагогики о возможности приближения развития глухого ребенка к возрастной норме в адекватных условиях обучения и воспитания [Корсунская Б.Д., Леонгард Э.И., Пельмская Т.В., Шматко Н.Д. и др.];
- базовое положение современной специальной психологии о решающей роли аффективного взаимодействия в психическом развитии ребенка первого года жизни и раннего возраста [Баенская Е.Р., Никольская О.С.];

- подход отечественной научной школы сурдопедагогики к реабилитации детей после кохлеарной имплантации [Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И.].

Продолжительность исследования

Исследование проводилось на протяжении шестнадцати (16) лет в период с 2000 по 2016 гг.

Состав испытуемых

В эмпирической части исследования приняли участие 90 семей – 152 взрослых (родители, бабушки, дедушки, няни и др.) и 90 детей с КИ раннего и дошкольного возраста.

Научная новизна исследования

Впервые представлена эволюция индивидуальных средств звукоусиления в двух значимых контекстах – социо-культурном и в контексте развития техники и технологий.

Впервые доказано, что практика проведения кохлеарных имплантаций детям с тяжелыми нарушениями слуха возникает на определенном этапе эволюции отношения общества и государства к детям с сенсорными нарушениями.

Впервые выделен и описан запускающий этап реабилитации ребенка после КИ.

Впервые показана необходимость совместной работы сурдопедагога с ребенком с КИ и его семьей в ходе запускающего этапа реабилитации.

Впервые определены и описаны показатели завершения запускающего этапа реабилитации и по отношению к имплантированному ребенку, и по отношению к его близким.

Впервые разработана, экспериментально проверена и описана система работы сурдопедагога на запускающем этапе реабилитации: цель, задачи, содержание, методы, приемы, показатели завершения каждой из четырех педагогических сессий и показатели завершения этапа в целом.

Впервые разработана, описана и экспериментально проверена педагогическая технология перестройки эмоционального взаимодействия имплантированного ребенка с семьей на изменившейся благодаря операции сенсорной основе.

Впервые доказано, что абсолютное большинство детей с КИ раннего и дошкольного возраста способны перейти на путь естественного развития слухового восприятия и спонтанного овладения речью при условии применения предложенной системы работы сурдопедагога.

Впервые в сурдопедагогике разработана технология перестройки эмоционального взаимодействия семьи с ребенком после операции КИ.

Теоретическая значимость

Подтверждены представления о необходимости междисциплинарного подхода к реабилитации глухого ребенка после операции кохлеарной имплантации.

Подтверждены на новой группе детей с тяжелыми нарушениями слуха выработанные отечественной научной школой сурдопедагогики представления о возможности приближения развития глухого ребенка к возрастной норме в адекватных условиях обучения и воспитания.

Показана необходимость ориентировки сурдопедагога, реабилитирующего ребенка с КИ, на логику развития слышащего ребенка первого года жизни и прежде всего – на закономерности развития аффективного взаимодействия с близкими на ранних этапах онтогенеза.

Доказано, что вне зависимости от возраста прооперированного ребенка условием его перехода на путь нормального развития коммуникации и речи является проживание на новой сенсорной основе тех этапов раннего онтогенеза, что были прожиты ребенком и его семьей в условиях глухоты.

Сложившиеся в отечественной сурдопедагогике представления о системах обучения и воспитания детей с нарушенным слухом дополнены целостной, онтогенетически ориентированной системой работы сурдопедагога на запускаящем этапе реабилитации ребенка после операции КИ.

Доказана возможность запуска спонтанного освоения речи в естественной коммуникации у большинства детей раннего и дошкольного возраста с КИ при условии применения созданного подхода и предложенной системы работы сурдопедагога с ребенком и его семьей после операции.

Практическая значимость

Разработанная система работы сурдопедагога с ребенком после операции может использоваться широким кругом специалистов психолого-педагогического профиля, занятых в системе реабилитации детей после кохлеарной имплантации.

Разработанная технология перестройки взаимодействия родителей с ребенком с КИ может использоваться широким кругом специалистов психолого-педагогического профиля, работающими с детьми с КИ и их семьями в системе здравоохранения, образования и социальной защиты.

Разработанная система работы сурдопедагога с ребенком после операции КИ может быть использована в системе:

- подготовки специалистов, бакалавров, магистров по профилям подготовки «Сурдопедагогика», «Дошкольная дефектология», «Специальная психология»;
- переподготовки сурдопедагогов и логопедов для работы на запускаящем этапе реабилитации детей с КИ;
- повышения квалификации отоларингологов, сурдологов, аудиологов для обеспечения междисциплинарного взаимодействия со специалистами психолого-педагогического профиля в ходе реабилитации детей с КИ;
- повышения квалификации педагогов и психологов разного профиля, работающих с детьми с КИ в условиях инклюзивного и специального образования.

Разработанная система работы сурдопедагога на запускаящем этапе реабилитации детей с КИ и их семей может быть реализована преподавателями вузов в процессе составления и реализации рабочих программ учебных дисциплин, а также сотрудниками учебно-методических управлений вузов, членами научно-методических советов при разработке основных образовательных программ по направлению подготовки 050700 Специальное (дефектологическое) образование.

Результаты исследования могут транслироваться иностранным специалистам с целью ознакомления и распространения достижений отечественной научной школы сурдопедагогике.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Целью и показателем психолого-педагогической реабилитации после операции КИ является переход ребенка на путь естественного развития слухового восприятия и спонтанного овладения речью.
2. Выделяется этап реабилитации, на котором сурдопедагог последовательно (четыре сессии) осуществляет запуск эмоционального диалога ребенка с КИ с

близкими на новой сенсорной основе, запуск развития слухового восприятия, запуск понимания речи и ее спонтанного освоения в естественной коммуникации.

3. Реабилитация начинается с перестройки эмоционального взаимодействия имплантированного ребенка с семьей на новой сенсорной основе.
4. Каждый ребенок дошкольного возраста с КИ без дополнительных первичных нарушений может быть переведен на путь естественного развития коммуникации и речи вне зависимости от возраста, в котором была проведена операция, от степени тяжести нарушений слуха, от уровня общего и речевого развития до операции, от исходных трудностей родителей во взаимодействии со своим ребенком.

Достоверность и обоснованность результатов обеспечивается теоретико-методологической базой исследования, комплексностью примененных методов исследования, адекватных поставленным цели и задачам, сочетанием качественного и количественного анализа результатов исследования, практическими результатами педагогического обучения.

Внедрение полученных результатов

Полученные результаты нашли свое применение в практической работе с семьями, воспитывающими детей с КИ, которая осуществлялась на базе лаборатории содержания и методов обучения детей с нарушениями слуха и речи ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики РАО», в работе семинаров и курсов повышения квалификации специалистов, работающих с детьми после кохlearной имплантации, проводимых ФГБНУ «ИКП РАО», а также на экспериментальной базе ФГБНУ «ИКП РАО» – в группах комбинированной направленности в ГБОУ «Школа №199» (дошкольное отделение) ЮЗАО г. Москвы.

Апробация результатов работы осуществлялась на научно-практических мероприятиях:

- международного уровня: на Международном семинаре «Реабилитация после кохlearной имплантации» в центре КИ Рейн-Майн (Фридберг, Германия, 2008); на VII Международном симпозиуме «Современные проблемы физиологии и патологии слуха» (Суздаль, Россия, 2009); на XXXI Всемирном конгрессе аудиологов (Москва, Россия, 2012); на Втором Всероссийском Конгрессе по слуховой имплантации с международным участием (Пушкин – Санкт-Петербург, Россия, 2012); на Юбилейной научной конференции, посвященной 25-летию создания Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования с международным участием (Москва, Россия, 2013); на Международной научной конференции «Раннее вмешательство и психическое здоровье детей: от учреждения к семейному окружению» (Санкт-Петербург, Россия, 2013); на IX Международном симпозиуме «Современные проблемы физиологии и патологии слуха» (Суздаль, Россия, 2013); на Англо-российском семинаре «Реабилитация при кохlearной имплантации» (Москва, Россия, 2013); на 13-ой Международной Конференции по кохlearной имплантации (Мюнхен, Германия, 2014); на Международной конференции, посвященной 10-летию кохlearной имплантации в Армении (Ереван, Армения 2014); на X Международном симпозиуме «Современные проблемы физиологии и патологии слуха» (Суздаль, Россия, 2015); результаты исследования были внедрены в процесс повышения квалификации сурдопедагогов стран СНГ (Ташкент, Узбекистан, 2012; Алма-Аты, Казахстан, 2012, 2013; Бишкек, Киргизия, 2016);

- национального уровня: на III Всероссийских педагогических чтениях по вопросам коррекционной педагогики и специальной психологии (Москва, 2010); на Всероссийском семинаре «Реабилитация детей раннего и дошкольного возраста с кохлеарными имплантами» (Москва, 2013, 2014); на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2015);

- регионального уровня: на Научно-практической конференции «Современные методы диагностики нарушений слуха и реабилитации больных с различными формами тугоухости и глухотой» (Москва, 2014); результаты исследования были внедрены в процесс повышения квалификации сурдопедагогов регионов РФ (Рязань, 2012; Ярославль, 2012; Владикавказ, 2013).

Результаты исследования обсуждались на расширенных заседаниях лабораторий содержания и методов обучения детей с нарушениями слуха и речи и лаборатории компьютерных технологий обучения детей ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики РАО» (2005-2016); на Бюро Отделения психологии и возрастной физиологии РАО (Москва, 2013).

Структура и объем работы. Рукопись диссертации состоит из введения, трех глав, заключения, библиография, включающая 129 наименований. Объем работы составляет 112 страниц текста. Диссертация содержит 5 таблиц, 1 рисунок, 4 диаграммы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность темы исследования, научная новизна, теоретическая и практическая значимость; формулируются цель, гипотеза и задачи исследования, определяется объект, предмет и методы исследования, раскрываются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Кохлеарная имплантация в ряду технических средств помощи лицам с нарушенным слухом» рассматривается эволюция индивидуальных средств звукоусиления в России и за рубежом в двух значимых контекстах. Представлены результаты анализа эволюции этих средств в контексте развития техники и технологий, а также в социокультурном контексте.

Проведенный анализ многовековой истории развития индивидуальных средств звукоусиления позволил выявить связь эволюции данных средств с эволюцией электроники, микроэлектроники и цифровых технологий (см. таблицу 1).

Таблица 1 – Эволюция индивидуальных средств звукоусиления в контексте развития техники и технологий

Технологическая база	Средства звукоусиления	Примеры	Для какой категории лиц с нарушенным слухом предназначены	Эффективность
Отсутствует	Естественные (акустические)	Морские раковины, полые стебли листьев, тростник, бамбук, рога полых костей животных, приставленная к уху ладонь	Для глухнувших взрослых с легкой степенью тугоухости. По современной классификации для взрослых и детей с I, II степенью тугоухости	Незначительная помощь при восприятии речи за счет изменений акустических параметров сигнала.
Развитие механики	Специально разработанные	Слуховая трубка,	Применялись для взрослых и детей с	Помощь при восприятии

	механико-акустические средства	слуховой рожок, приборы на основе принципа «слухового рожка» (замаскированные в веер, в монокль, в стулья) и т.д.	различными нарушениями слуха, но были эффективны лишь для лиц с тугоухостью. По современной классификации для взрослых и детей с I, II, III степенью тугоухости	окружающих звуков и речи за счет концентрации ими рассеянной акустической энергии и подведением ее к слуховому проходу без искажения сигнала
Появление электричества	Специально разработанные электро-акустические средства	Слуховой аппарат «Phonograph», работающий по принципу телефона, Simens (1878 г.), серийное производство	Проводились пробы по использованию прибора взрослыми с различными нарушениями слуха, но точных данных для кого был полезен нет. Не предназначался для детей	Незначительная помощь при восприятии окружающих звуков и речи из-за искажений звука и слабого усиления
		Первый коммерческий электрический слуховой аппарат фирмы Dictograph Company, 1898 г.	Проводились пробы по использованию прибора взрослыми с различными нарушениями слуха, но точных данных для кого был полезен нет. Не предназначался для детей из-за громоздких размеров	Незначительная помощь в восприятии окружающих звуков и речи за счет значительных искажений звука
	Использование угольной технологии	Первый слуховой аппарат с угольным передатчиком и батареей Miller Reese Hutchison, Akouphone, США, 1899 г.	Проводились пробы по использованию прибора взрослыми с различными нарушениями слуха, но точных данных для кого был полезен нет. Не предназначался для детей	Незначительная помощь в восприятии окружающих звуков и речи. Использование угольного микрофона обеспечивало электрическое усиление в дополнение к усилению, создаваемому за счет механического и акустического резонанса. При использовании прибора отмечался чрезмерный шум, наблюдались значительные искажения микрофона и телефона
		Карманный слуховой аппарат с тремя электронными лампами, 1939 г.	Применялся для взрослых и детей с различными нарушениями слуха,	Помощь в восприятии речи и неречевых звучаний. Значительно большее акустическое

			был эффективен для лиц с тугоухостью. По современной классификации для взрослых и детей со II, III степенью тугоухости	усиление, чем в угольных слуховых аппаратах
	Использование транзисторов	Слуховые трубки для стереофонического протезирования, 1930 г.	Предназначены для взрослых и детей с тугоухостью. По современной классификации для взрослых и детей со II, III степенью тугоухости	Помощь в восприятии речи и неречевых звучаний. За счет уменьшения размера транзисторов появились модели слуховых аппаратов, носимые на голове в виде обруча
Развитие радиоэлектроники	Специально разработанные электроакустические средства с применением транзисторной технологии интегральных микросхемах	Первый слуховой аппарат на основе транзисторов, фирмы Sonotone, 1952 г.	Предназначен для взрослых и детей с различными нарушениями слуха, был эффективен лишь для лиц с тугоухостью. По современной классификации для взрослых и детей со II, III степенью тугоухости	Помощь в восприятии речи и неречевых звучаний. Некоторое улучшение качества звучания
		Карманный транзисторный слуховой аппарат фирмы OTICON, Дания, 1953 г.	Предназначен для лиц с тугоухостью. По современной классификации для взрослых и детей со II, III, IV степенью тугоухости. Первый слуховой аппарат предназначен для взрослых и детей с более тяжелой потерей слуха	Помощь при восприятии окружающих звуков и речи за счет наибольшего акустического усиления благодаря: максимальному расстоянию между телефоном и микрофоном и большому телефону
		Первый заушный аппарат, фирмы OTICON, Дания, 1954 г.	Предназначен для лиц со значительным снижением слуха. По современной классификации для взрослых и детей со II, III, IV степенью тугоухости	Помощь в восприятии окружающих звуков и речи на зрительно-слуховой основе. Впервые для лиц с тяжелой тугоухостью обеспечивается возможность восприятия речи и неречевых звучаний с помощью заушного аппарата
		Слуховой аппарат в очковой оправе, 1950-ые гг.	Предназначен для взрослых со значительным нарушением слуха и нарушением зрения. По современной классификации для взрослых и детей со II, III степенью тугоухости	Помощь в восприятии речи и окружающих звуков. Снабжен костным телефоном. Снижен риск возникновения обратной связи
	Устройства на основе интегральных схем (заушные слуховые аппараты и первый имплант)	Заушные слуховые аппараты с использованием аналоговой технологии	Предназначен для взрослых и детей со значительным нарушением слуха. По современной классификации для взрослых и детей со	Значительная помощь в восприятии окружающих звуков и речи преимущественно на зрительно-слуховой основе за счет

			II, III, IV степенью тугоухости	использования направленного микрофона и расширения диапазона речевых частот
		Первые внутриушные аппараты, фирмы OTICON, Дания, 1955 г.	Предназначен преимущественно для глухнувших взрослых. По современной классификации для взрослых и детей со II, III степенью тугоухости	Значительная помощь в восприятии речи и окружающих звуков для взрослых со значительным нарушением слуха за счет расположения микрофона в ухе. Телефон максимально приближен к барабанной перепонке, что приводит к дополнительному усилению высоких частот. Удобство в использовании
		Первые внутриканальные слуховые аппараты, 1993 г.	Предназначен для глухнувших взрослых. По современной классификации для взрослых и детей со II, III степенью тугоухости	Значительная помощь в восприятии окружающих звуков и речи. Обеспечивается наибольшая естественность звучания за счет расположения. Уменьшается эффект окклюзии (дискомфортное восприятие низких частот собственного голоса)
		Первый одноканальный кохлеарный имплант, C. Eugies, Франция, 1957 г.	Впервые разработана технология для лиц с глухотой. Предназначен для оглохших взрослых. По современной классификации для взрослых с глухотой	Помощь в восприятии окружающих звуков и речи преимущественно на зрительно-слуховой основе. Резко ограниченное восприятие речи на слух после длительной тренировки
		Первый коммерческий одноканальный кохлеарный имплант, W. House, США, 1961	Предназначен для оглохших взрослых и детей со значительным нарушением слуха. По современной классификации для взрослых и детей с IV степенью тугоухости и глухотой	Незначительная помощь в восприятии речи и окружающих звуков, преимущественно на слухо-зрительной основе. Мало эффективен для детей
		Первый многоканальный кохлеарный имплант, G. Clark, Австралия, 1978 г.	Предназначен для взрослых и детей со значительным нарушением слуха. По современной классификации для взрослых и детей с III, IV степенью тугоухости и глухотой	Значительная помощь в восприятии окружающих звуков и речи. Впервые обеспечена возможность воспринимать практически все звуки окружающего мира, речь нормальной разговорной громкости и шепотную

				на расстоянии более 6 метров
		Внутриканальный аппарат глубокого погружения Tympanette, фирмы Starkey, 1993г.	Предназначен для глухнувших взрослых со значительным нарушением слуха. По современной классификации для взрослых со II, III степенью тугоухости. Не предназначен для детей	Значительная помощь в восприятии речи и окружающих звуков. Пользуется популярностью за счет скрытого положения
Цифровые технологии	Цифровые многоканальные слуховые аппараты	Первый заушный слуховой аппарат на основе цифровой технологии, 1996 г.	Предназначен для взрослых и детей со значительным нарушением слуха. По современной классификации для взрослых и детей со II, III, IV степенью тугоухости	Значительная помощь в восприятии окружающих звуков и речи. Компенсирует потери слуха до 110 дБ. Широкий диапазон частот – 125-7000 Гц. Комфортен в использовании. Позволяет ощущать окружающие звуки, речь и шепот на расстоянии 6 метров
	Гибридные системы, предназначенные для электроакустической коррекции слуха. Совмещение технологии кохлеарной имплантации и методики акустического слухопротезирования	Система Cochlear Hybrid, Австралия, 2008 г.	Для взрослых и детей со значительным нарушением слуха. По современной классификации для взрослых и детей с III, IV степенью тугоухости и глухотой	Значительная помощь в восприятии речи и окружающих звуков. Электрическая стимуляция сочетается с акустическим усилением. Высокочастотные участки улитки стимулируются электрически, а низкочастотные подвергаются акустическому усилению
	Система стволомозгового импланта	Auditory Brainstem Implant, Cochlear, Австралия, 2010 г.	Для взрослых и детей с глухотой, при нарушении работы слухового нерва	Значительная помощь в восприятии речи и окружающих звуков

Проведенный анализ показал, что развитие техники и технологий (акустические механизмы, угольная технология, электронные лампы, транзисторы и интегральные схемы или микропроцессоры и нанотехнологии) открыло возможность изменить сам принцип построения средств звукоусиления и их функционирования, что привело к появлению биомедицинских электронных устройств – кохлеарных имплантов (КИ).

Современные кохлеарные импланты представляют собой биомедицинские электронные устройства, обеспечивающие преобразование звуков в электрические импульсы с целью создания слухового ощущения путем непосредственной стимуляции сохранившихся волокон слухового нерва [Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А., 2003].

Современный многоканальный имплант не просто превосходит предшествующие поколения средств звукоусиления, но позволяет принципиально

изменить возможности слухового восприятия лиц с наиболее тяжелыми нарушениями слуха, как взрослых, так и детей, причем с первого года жизни.

Современный этап развития кохлеарных имплантов характеризуется высокой скоростью совершенствования его качественных характеристик. Если многоканальные импланты первого поколения, получившие распространение в 1980-ые годы XX века, имели речевой процессор с элементарной стратегией кодирования, то современные кохлеарные импланты (например, фирмы Cochlear – пионера многоканальной кохлеарной имплантации), сочетают преимущества автоматизации и интеллектуальной обработки звуков, обеспечивая высокое качество слухового восприятия за счет интеллектуальной системы управления звуком в автоматическом режиме совместно с классификатором акустической обстановки SCAN (SmartSound iQ) с беспроводной передачей аудио сигнала и использованием бимодальных возможностей. Уже создан и апробируется кохлеарный имплант без внешнего видимого устройства.

Анализ эволюции средств звукоусиления и слухопротезирования показал, что на каждом следующем этапе их развития возникала иллюзия того, что каждое следующее более мощное и совершенное техническое средство наконец само по себе разрешит проблему. Однако история развития сурдопедагогики всякий раз доказывала обратное – ребенок с нарушенным слухом не был способен сразу и сам воспользоваться открывающимися благодаря новым достижениям техники возможностями, всегда требовалась помощь сурдопедагогов и разработка специальных методик развития слухового восприятия [Багрова И.Г., Кузьмичева Е.П., Леонгард Э.И., Назарова Л.П., Рау Ф.Ф., Шматко Н.Д.].

Далее исследовались социо-культурные условия развития широкой практики применения кохлеарных имплантов. В качестве инструмента анализа использовались периодизации Н.Н. Малофеева. Показано, что широкая практика применения кохлеарных имплантов возникает и на Западе, и в России при переходе к построению гражданского общества, освоении ценностей социальной интеграции лиц с нарушенным слухом, становлении практики совместного обучения со слышащими сверстниками (см. таблицу 2).

Таблица 2 – Применение индивидуальных средств звукоусиления на разных этапах отношения общества и государства к лицам с нарушенным слухом

Средства помощи	Хронологические сроки	Период эволюции отношения государства и общества к лицам с нарушением в развитии	Этап развития образовательной системы лиц с нарушенным слухом
Естественные, природные	На Западе – II век до нашей эры В России – нет данных	Обретение права на жизнь	–
Специальные механические	На Западе – с 1550 г. по 1920 г. В России – с 1780-х гг. по 1956 г.	II период – обретение права на элементарную социальную защиту (призрение) III период – обретение глухими детьми права на начальное специальное образование	– Этап становления системы специального образования
Электроакустические средства	На Западе – с 1899 г. по 1914 г. В России – не было практики применения	Обретение глухими детьми права на начальное специальное образование	Этап становления системы специального образования

Слуховые аппараты (аналоговые)	На Западе – с 1946 г. В России – с 70-ых гг.	Обретение глухими детьми права на среднее специальное образование	Этап развития и дифференциации системы специального образования
Одноканальные импланты, четырехканальные	На Западе – с 1970-х гг. по 1980-ые гг. В России – отсутствует	Обретение полных гражданских прав	Этап интеграции систем общего и специального образования
Многоканальные	На Западе – с 1982 г. (коммерческие системы) В России – с 1991 г.	Обретение полных гражданских прав	Интеграция систем общего и специального образования лиц с нарушенным слухом
Цифровые слуховые аппараты	На Западе – с 1996 г. В России – в то же время	Обретение полных гражданских прав	Интеграция систем общего и специального образования лиц с нарушенным слухом

Как видно из приведенных данных, развитие имплантационных технологий является закономерным ответом на изменившийся запрос государства и общества – создание условий для максимально возможной интеграции лиц с нарушенным слухом в социум.

По мере развития практики кохлеарной имплантации появляются все более многочисленные свидетельства того, что после успешно проведенной операции и первичной настройки импланта ребенок, как правило, не может сам воспользоваться новыми слуховыми возможностями, равно как и родители в большинстве случаев не могут без помощи специалистов перестроить взаимодействие с ребенком на новой сенсорной основе [Allum J.D., 1996; Clark G.M., 2002; Archbold S., 2010; Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И., 2014; Миронова Э.В., Сатаева А.И., 2005 и др.]. Так возникает понимание специалистами разных стран необходимости разработки системы постоперационной психолого-педагогической реабилитации ребенка с КИ.

Отечественная научная школа сурдопедагогики начала поиск условий, необходимых для успешной и надежной реабилитации ребенка после операции КИ в конце 90-х гг. Работа сразу осуществлялась как междисциплинарная, объединявшая специалистов медицинского профиля (ФГБНУ «Российский центр аудиологии и слухопротезирования ФМБА России») и сурдопедагогов (ФГБНУ «ИКП РАО»), и была нацелена на поиск условий, при которых ребенок с КИ перейдет на путь естественного развития коммуникации и речи, а родители начнут взаимодействовать с ним как со слышащим.

Во второй главе «Система работы сурдопедагога на запускаящем этапе реабилитации детей после кохлеарной имплантации» описывается разработанная система работы сурдопедагога, позволяющая родителям наладить эмоциональное взаимодействие и коммуникацию со своим ребенком на новой сенсорной основе и тем самым создать условия для перехода ребенка с КИ на путь спонтанного освоения речи в естественной коммуникации.

Выделяется первоначальный, наиболее ответственный и, по сути, запускающий этап постоперационной реабилитации детей с кохлеарными имплантами.

Выделяются четыре сессии работы сурдопедагога на запускаящем этапе реабилитации:

- Ориентировочная
- Запуск эмоционального взаимодействия ребенка с близкими на новой сенсорной основе
- Запуск понимания речи

- Запуск спонтанного освоения речи в естественной коммуникации.

Принципиальным для созданной системы работы сурдопедагога является определение задач как по отношению к ребенку с КИ, так и его семье.

Содержание работы сурдопедагога с ребенком с КИ и его семьей определяется логикой становления и развития взаимодействия слышащего ребенка первого года жизни с близкими.

Ориентировочная сессия

Эта сессия является по смыслу подготовительной для всей дальнейшей работы.

В ходе сессии сурдопедагог устанавливает эмоциональный контакт с ребенком с КИ, оценивает его продолжительность, осуществляет пробы и определяет условия сохранения контакта, наблюдает и оценивает наличие и качество взаимодействия ребенка с КИ с сурдопедагогом и характер взаимодействия семьи со своим прооперированным ребенком.

Ориентировочная сессия считается завершенной:

- по отношению к ребенку, когда сурдопедагогу удается сохранять эмоциональный контакт на протяжении всего занятия;
- по отношению к семье, когда появляются активные попытки родителей наладить взаимодействие со своим ребенком в течение занятия с сурдопедагогом.

Сессия 1. Запуск эмоционального взаимодействия ребенка с близкими на новой сенсорной основе

Ведущей задачей первой сессии является запуск эмоционального диалога с ребенком на новой сенсорной основе.

Ориентиром сурдопедагогу служит нормальный ранний слуховой и речевой онтогенез, понимаемый не изолированно, а в контексте становления и усложнения эмоционального взаимодействия ребенка с окружающим миром [Баенская Е.Р., 2015, 2016; Никольская О.С., 2008].

В ходе сессии сурдопедагог вовлекает ребенка с КИ в эмоциональный диалог, характерный для слышащего ребенка раннего возраста, используя интересующие его, сенсорно яркие (и, как правило, звучащие) предметы и действия с ними. Вызывается отклик на «захватывающие» игровые действия, сопровождаемые эмоционально-смысловым комментарием. При анализе отклика ребенка на эти игровые действия главным предметом внимания становится улыбка и голосовые реакции.

Для перестройки сенсорной основы эмоционального взаимодействия с привычной зрительно-слуховой на слухо-зрительную и слуховую требуется особая речь сурдопедагога. Акцентирование интонации для помощи ребенку в освоении ее смысло-различительной роли; намеренное утрирование ритмико-интонационной и темпо-ритмической стороны речи – утрированная мелодичность, напевность, ярко выраженные модуляции голоса и их быстрая смена, намеренная смена темпа речи с медленного на быстрый, намеренная смена громкости голоса – от шепота до нормальной разговорной громкости и выше, охват широкого частотного диапазона – от наиболее низких до наиболее высоких звучаний.

В ходе сессии 1 родителям демонстрируется успешный опыт эмоционального взаимодействия сурдопедагога с ребенком на новой сенсорной основе. Сурдопедагог целенаправленно вовлекает их в организованный им эмоциональный диалог и «передает» новые способы взаимодействия с ребенком.

Сессия 1 считается завершенной по отношению к ребенку, когда налажено и развивается его эмоциональное взаимодействие с сурдопедагогом и с родителями на новой сенсорной основе. Показателями чего служат: улыбка и смех ребенка, активизация его голосовых реакций, понимание и использование им интонации в ее естественной смысло-различительной функции.

Сессия 1 считается завершенной по отношению к семье, когда родители на занятиях с сурдопедагогом не только участвуют в организованном им эмоциональном диалоге с ребенком, но и сами активно иницируют его. Начинают применять в обыденной жизни освоенные на занятиях способы эмоционального взаимодействия с ребенком на новой сенсорной основе.

Сессия 2. Запуск понимания речи

Сурдопедагог продолжает развивать эмоциональный диалог, побуждая ребенка с КИ к инициативным действиям теперь уже с помощью речи. Понимание ребенком обращенной к нему речи взрослого становится обязательным условием продолжения интересного эмоционального насыщенного взаимодействия. При этом сурдопедагог приветствует любую доступную ребенку, в том числе невербальную, ответную реакцию, соответствующую смыслу диалога.

Родителям сурдопедагог демонстрирует возможность взаимодействия с их ребенком уже на основе понимания речи. Он «передает» родителям необходимые для этого способы взаимодействия и стимулирует их к организации такого взаимодействия вне занятий.

Вторая сессия считается завершенной по отношению к ребенку с КИ, когда он способен к участию в эмоциональном взаимодействии, требующем уже понимания речи в конкретной ситуации; когда он сам проявляет инициативу во взаимодействии с сурдопедагогом и близкими, и впервые начинает использовать лепет.

Вторая сессия считается завершенной по отношению к семье, когда родители способны вне занятий вести эмоциональный диалог со своим ребенком с опорой на развивающееся понимание звучащей речи.

Сессия 3. Запуск спонтанного освоения речи в естественной коммуникации

Сурдопедагог продолжает развивать понимание звучащей речи, не ограничиваясь, по возможности, наглядными ситуациями, но главное – создает на занятиях условия, при которых инициативное высказывание самого ребенка становится обязательным для продолжения интересного эмоционального насыщенного взаимодействия. При этом сурдопедагог приветствует любые ответные реакции, но особенно поощряет вербальный ответ, а невербальные ответные и инициативные реакции ребенка (изобразительные жесты и др.), переводит в доступную ребенку речевую форму, а интонированные вокализации и лепет преобразует в протослова. Переход ребенка с КИ от лепета к первым протословам происходит в ходе реабилитации в логике нормального раннего речевого онтогенеза.

Сурдопедагог демонстрирует родителям успешный опыт уже доступной ребенку вербальной коммуникации в ходе эмоционального диалога, организует аналогичное взаимодействие родителей с ним, чтобы убедиться в том, что взрослые способны осуществлять продолжительный эмоциональный диалог на новой сенсорной основе, побуждая своего ребенка к использованию доступных ему речевых средств. Третья сессия завершает запускающий этап реабилитации.

Показатели завершения запускающего этапа реабилитации

— По отношению к ребенку с КИ

- естественное поведение, характерное для слышащего ребенка раннего возраста – живой интерес к звукам, желание и стремление экспериментировать с ними; способность самостоятельно искать и находить источник звука в естественных бытовых условиях – дома, на улице, в транспорте, в магазине, в поликлинике, обнаружив источник звука, ребенок ведет себя адекватно услышанному; активизация голосовых реакций.
 - способность спонтанно осваивать речь в естественной коммуникации, как это происходит у нормально слышащего ребенка раннего возраста.
- *По отношению к семье ребенка с КИ*
- переход родителей к взаимодействию со своим ребенком на новой сенсорной основе;
 - способность родителей получать удовольствие от взаимодействия со своим ребенком.

В финальном параграфе второй главы диссертации представлена детально разработанная технология перестройки взаимодействия родителей со своим ребенком с КИ – всего 24 шага на протяжении трех основных сессий. Показано, что логика перестройки взаимодействия является общей и воспроизводится в каждой сессии, но с учетом ее ведущих задач.

В тексте диссертации разработанная технология перестройки взаимодействия родителей со своим ребенком с КИ представлена в схемах и проиллюстрирована примерами экспериментальной работы с одним из детей.

В третьей главе «Результаты экспериментальной апробации разработанной системы работы сурдопедагога на запускающем этапе реабилитации ребенка с КИ» представлены и обсуждаются полученные в эксперименте данные в отношении девяноста (90) детей с КИ и ста пятидесяти двух (152) взрослых участников эксперимента.

Предложенная система работы сурдопедагога проверялась на наиболее трудных детских случаях – не владеющих речью детях с КИ раннего и дошкольного возраста (90 детских случаев). Кохлеарная имплантация была проведена детям в разном возрасте, и диапазон различий был достаточно велик: от проведения операции в 7 месяцев до операции в 6 лет 6 месяцев.

Испытуемые были условно разделены на две группы.

В первую группу вошли 45 детей раннего возраста с врожденными или рано приобретенными тяжелыми нарушениями слуха (глухота, тугоухость, пограничная с глухотой, тугоухость IV степени), проживающих в соответствии с возрастом «доречевой период» и потому не владеющие словесной речью.

Во вторую группу вошли 45 детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями слуха, не овладевших фразовой речью до операции, несмотря на то, что большинство из них находились в условиях специального обучения и воспитания.

Педагогическое изучение возможностей слухового восприятия этих 90 детей до операции КИ показало, что у 91% детей раннего возраста (первая ЭГ) и 100% дошкольников (вторая ЭГ), возможности использования слуха ограничивались способностью реагировать на определенные звучания, и в исключительных случаях – воспринимать в условиях ограниченного выбора звукоподражания и лепетные слова. Все дети были слухопротезированы до операции.

Анализ результатов апробации системы работы сурдопедагога с ребенком с КИ после операции показал, что во всех 90 случаях удалось добиться перехода на путь спонтанного освоения речи в естественной коммуникации. Это произошло вне зависимости от тяжести и характера нарушения слуха, от времени потери слуха, от сенсорной основы, на которой была сформирована коммуникация до операции КИ. Доказательствами перехода на путь естественного развития являются следующие факты.

Дети могли длительное время поддерживать эмоциональное взаимодействие со взрослыми на новой сенсорной основе и начали инициировать его.

Все дети стали получать явное и видимое удовольствие от общения со взрослым на слухо-зрительной или слуховой основе.

У всех детей с КИ появилось естественное для слышащего ребенка поведение. Все дети стали проявлять интерес к звучаниям окружающего мира, появились яркие эмоциональные реакции не только на громкие, но и на тихие звуки, источник которых находится на дальнем расстоянии и вне поля зрения. Появилось стремление к экспериментированию со звуками, которое стало доставлять детям видимое удовольствие. Они научились различать по смыслу схожие источники звука (звонок в дверь, звонок маминого и папиного мобильных телефонов, городского телефона и др.). Все дети стали естественным для слышащего ребенка образом реагировать на звуки окружающего мира (останавливаться, услышав гудок машины, подбегать ко взрослому, услышав свое имя, выделять голоса близких в шумной обстановке и др.).

Все дети начали с опорой на ситуацию понимать обращенную к ним развернутую устную речь взрослого, при этом понимать с первого раза, самостоятельно и адекватно реагируя, как это делает слышащий ребенок раннего возраста.

К концу запускающего этапа реабилитации у всех испытуемых появились первые спонтанно освоенные в естественной коммуникации слова, количество которых быстро увеличивалось.

Принципиально важно, что изменения в активной речи детей с КИ после реабилитации происходили в логике нормального раннего речевого онтогенеза, что подтверждается зафиксированными в дневниках наблюдениями родителей за развитием своих детей.

Как показал анализ результатов эксперимента, продолжительность запускающего этапа реабилитации была различной. В первой ЭГ с детьми раннего возраста продолжительность запускающего этапа реабилитации варьировалась от 9 мес. до 1 года 6 мес.; во второй группе с детьми дошкольного возраста – от 9 мес. до 2 лет.

Косвенным доказательством перехода испытуемых с КИ к естественному для слышащего ребенка поведению и спонтанному освоению речи являются результаты анализа образовательной среды, выбранной семьей по завершении реабилитации.

Все испытуемые первой группы оказались в среде слышащих. Почти половина детей (44,4 %) начали обучение сразу в среде слышащих сверстников (в группах общеразвивающей направленности), 8,8 % детей оказались также в среде слышащих детей, но с речевыми нарушениями (логопедические детские сады). Остальные дети (48,8 %) также смогли начать обучение в среде слышащих детей, но объединенных с детьми с КИ (в группах комбинированной направленности).

Во второй группе испытуемых, имплантированных в дошкольном возрасте и не владевших речью до операции, все дети также перешли на путь естественного

развития коммуникации и речи, все сменили образовательную среду – ни один ребенок не остался в среде глухих. 24,4 % этой группы смогли сразу влиться в среду слышащих. 13,3 % детей оказались в среде слышащих детей с речевыми нарушениями (логопедические детские сады) и 22,2 % смогли начать обучение в среде слышащих детей, объединенных с детьми с КИ (в группах комбинированной направленности). Оставшиеся 40% детей этой группы оказались в среде слабослышащих детей. Решение родителей о поступлении детей в группу для слабослышащих дошкольников было принято в тех случаях, когда общее и речевое развитие имплантированного ребенка еще не приблизилось к возрастной норме и, как следствие, он не был готов к полноценному включению в среду слышащих сверстников.

Повторное изучение ситуации за год до поступления испытуемых в школу показало, что они не только удерживались в выбранной среде, но даже смогли перейти перед школой в более сложную социальную и образовательную среду, например: переводились из групп комбинированной направленности в обычные массовые группы.

Полученные данные свидетельствуют о результативности разработанной системы реабилитации в отношении большинства детей с КИ, не владевших речью до операции.

Полученные в ходе исследования результаты были сопоставлены с приведенными в литературе данными об эффективности раннего выявления и ранней помощи детям с тяжелыми нарушениями слуха, пользующимся индивидуальными слуховыми аппаратами.

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% случаев перевести детей без дополнительных первичных нарушений на путь естественного развития коммуникации и речи [Пельмская Т.В., Шматко Н.Д., 2003]. При проведении кохлеарной имплантации в раннем возрасте и использовании разработанной системы реабилитации удается перевести на путь естественного развития подавляющее большинство детей.

При начале коррекционной помощи детям с тяжелыми нарушениями слуха после 2,5 лет, уже, как правило, не удается достичь естественного развития коммуникации и речи [Шматко Н.Д., 2003]. При использовании разработанной системы реабилитации после КИ детей этого же возраста удается добиться перевода ребенка на путь естественного развития коммуникации и речи в большинстве случаев, хотя уровень общего и речевого развития этих детей к моменту завершения запускающего этапа может быть разным, в том числе, ниже возрастной нормы.

Неотъемлемым и решающим условием успешной реабилитации ребенка с КИ является перестройка взаимодействия в семье, поэтому в эксперименте приняли участие не только дети с кохлеарными имплантами, но и их родители, а также родственники – всего 90 семей. Состав взрослых испытуемых – 152 человека (родители /132/, старшие братья и сестры /8/, бабушки и дедушки /16/, тетушки /1/, няни /2/, домашний сурдопедагог /1/).

В ходе ориентировочной сессии были выявлены:

- сложившиеся к моменту операции способы вербальной коммуникации с ребенком каждого члена семьи (наличие, отсутствие, фрагментарная коммуникация и др.);

- готовность родителей и других членов семьи к изменению взаимодействия со своим ребенком; возможности регулярного посещения членами семьи реабилитационных занятий с сурдопедагогом,
- наличие в семье слышащих детей (братьев и сестер), с которыми возможно было бы организовать взаимодействие ребенка с КИ на этапе реабилитации;
- возможность обеспечить пребывание ребенка с КИ в семье на всем протяжении запускающего этапа реабилитации.

В ходе ориентировочной сессии были выявлены типичные трудности во взаимодействии родителей с ребенком к началу запускающего этапа реабилитации:

- 1) Чрезмерный контроль деятельности ребенка со стороны родителей и, как следствие, ограничение личного опыта ребенка за счет действий, предупреждающих появление у него ошибок;
- 2) Использование родителями специфических приемов работы и «особых» способов взаимодействия и коммуникации с собственным ребенком, которыми они овладели еще до проведения кохлеарной имплантации: постоянное привлечение внимания ребенка к лицу и к губам взрослого, утрированная артикуляция, послоговое произнесение слов, требование сопряженно-отраженного проговаривания, требование точного произнесения звукового состава слов, к которому ребенок не был готов;
- 3) При обращениях сурдопедагога к родителям и попытках составить с ними диалог, близкие ребенка прерывали его, отвечая не специалисту, а ребенку, чем разрушали естественность взаимодействия и коммуникации;
- 4) Неумение родителей замечать и поддерживать инициативность ребенка, одобрять его активность и хвалить.

В ходе экспериментальной работы сурдопедагога по перестройке взаимодействия родителей со своим ребенком с КИ были выделены наиболее типичные проявления этих трудностей:

- родители сами не могли вызвать у ребенка интерес к себе: не знали, как его увлечь, чем занять или заняться, как использовать игрушки, как организовать игру, как вызвать улыбку, как рассмешить ребенка, как доставить ему удовольствие, как подхватить возникший интерес к игрушке, действию, ситуации или другому человеку;
- родителям с трудом давались необходимые ребенку с КИ на запускающем этапе реабилитации выраженные и яркие проявления эмоций во взаимодействии;
- они не замечали инициативных действий у ребенка и не реагировали на них;
- не были способны быстро подстраиваться под ребенка, «идти за ним» во взаимодействии, легко теряли нужную для взаимодействия позицию и неоправданно переходили к дидактической позиции, разрушающей взаимодействие;
- самостоятельно не оказывали поддержку и крайне редко хвалили своего ребенка;
- не могли вывести ребенка из ситуации непонимания, закономерно и естественно возникающего в ходе взаимодействия;

- не позволяли ребенку допускать собственные ошибки;
- не замечали необходимости оказания помощи в определенные моменты взаимодействия, если же замечали, то часто не могли подобрать нужные ребенку средства помощи;
- сами не могли адекватно оценивать возможности ребенка: считали, что сурдопедагог предлагал слишком легкое или наоборот, сложное задание и удивлялись способностям, которые ребенок демонстрировал на занятиях;
- не замечали важных достижений ребенка;
- неверно интерпретировали невербальные компоненты взаимодействия ребенка со взрослым (взгляд, естественный жест, действия);
- предлагали однообразные способы действия с предметами, виды деятельности и при этом стремились длительно использовать их;
- не успевали вовремя обратить внимание ребенка на звук; не всегда или не вовремя соотносили звук с источником; не предлагали ребенку произвести звук самостоятельно.

Анализ результатов экспериментальной апробации разработанной системы в отношении родителей детей с КИ показал, что все родители детей с КИ нуждались в помощи сурдопедагога, при этом одни нуждались только в перестройке сенсорной основы взаимодействия, другие – как в перестройке сенсорной основы, так и самого взаимодействия.

Перестройка взаимодействия ребенка с КИ с близкими и динамика его развития в ходе реабилитации представлены в диссертации подробно на примере одного детского случая.

В результате проведенного исследования все участвующие в эксперименте взрослые (152 человека) перешли к взаимодействию со своими детьми на новой сенсорной основе, стали общаться с детьми так, как это делают обычно слышащие родители слышащих детей.

В **заключении** представлены основные выводы диссертационного исследования.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

1. Смысл психолого-педагогической реабилитации после операции КИ заключается в запуске естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи в естественной коммуникации.
2. Требуется выделение запускающего этапа реабилитации ребенка с КИ, в ходе которого сурдопедагог перестраивает взаимодействие родителей с ребенком на новой сенсорной основе.
3. Система работы сурдопедагога на запускающем этапе реабилитации ребенка с КИ включает четыре сессии и соответствующие им задачи:
 - Нулевая сессия – «Ориентировочная»
 - Первая сессия – «Запуск эмоционального взаимодействия»
 - Вторая сессия – «Запуск понимания речи»
 - Третья сессия – «Запуск спонтанного освоения речи в естественной коммуникации»
4. Важнейшим компонентом предложенной системы являются показатели завершения каждой сессии запускающего этапа реабилитации по отношению

как к ребенку, так и к его семье. Эти показатели служат ориентирами в работе сурдопедагога.

5. Система работы сурдопедагога с ребенком после операции КИ включает технологию перестройки его взаимодействия с родителями. Логика перестройки воспроизводится в каждой сессии запускающего этапа реабилитации в соответствии с ее ведущими задачами – двадцать четыре шага в работе сурдопедагога.
6. В системе реабилитации ребенка с КИ любого возраста воспроизводится логика нормального развития слышащего ребенка первого года жизни, поэтому ребенок с КИ должен проживать запускающий этап реабилитации в семье. Помещение ребенка с КИ в образовательное учреждение до перехода на путь естественного развития коммуникации и речи может свести на нет все усилия семьи и ребенка;
7. Показателями завершения запускающего этапа реабилитации являются:
 - поведение, характерное для слышащего ребенка;
 - спонтанное освоение речи в естественной коммуникации, как это происходит у нормально слышащего ребенка раннего возраста.

Основное содержание работы отражено в следующих публикациях:

Статьи в ведущих рецензируемых журналах, определенных ВАК:

1. **Сатаева, А.И.** Развитие речевого слуха у говорящих детей после кохlearной имплантации / Э.В. Миронова, А.И. Сатаева, И.Д. Фроленкова // Дефектология. – 2005. – № 1. – С. 57-66. (Авторский вклад – 30 %).
2. **Сатаева, А.И.** Первоначальный период работы с глухими дошкольниками после кохlearной имплантации / А.И. Сатаева // Дефектология. – 2012. – №2. – С. 50-62.
3. **Сатаева, А.И.** Реабилитация детей раннего и дошкольного возраста после кохlearной имплантации (педагогический аспект) / А.И. Сатаева // Педиатрическая фармакология. – 2012. – №9 (3). – С. 72-76. (Индексируется в Viniti Ran Referativnyi Zhurnal 238162, Ulrich's International Periodicals Directory).
4. **Сатаева, А.И.** Показатели завершения «запускающего» этапа реабилитации применительно к разным группам детей с кохlearными имплантами / А.И. Сатаева // Дефектология. – 2014. – №3. – С. 21-30.
5. **Сатаева, А.И.** Педагогическая реабилитация глухих дошкольников после кохlearной имплантации / А.И. Сатаева // Вестник оториноларингологии. – 2015. – № 80 (1). – С. 28-31. (индексируется в Scopus).
6. **Сатаева, А.И.** Кохlearная имплантация в ряду технических средств помощи лицам с нарушенным слухом / А.И. Сатаева // Дефектология. – 2016. – № 3. – С. 74-81.
7. **Сатаева, А.И.** Запускающий этап реабилитации: четыре сессии работы сурдопедагога с ребенком с КИ и его семьей / А.И. Сатаева // Дефектология. – 2016. – № 4. – С. 52-59.

Работы в других изданиях

Главы в монографии:

8. **Сатаева, А.И.** Кохлеарная имплантация – современное средство помощи / А.В. Буданцов, А.И. Сатаева // Психолого-педагогическая помощь после кохлеарной имплантации. Реализация новых возможностей ребенка: монография. – М.: Полиграф сервис, 2014. – С. 10-22. (Авторский вклад – 50 %).
9. **Сатаева, А.И.** Запускающий этап реабилитации / А.И. Сатаева // Психолого-педагогическая помощь после кохлеарной имплантации. Реализация новых возможностей ребенка: монография. – М.: Полиграф сервис, 2014. – С. 48-75.

Научные и научно-методические статьи:

10. **Сатаева, А.И.** Кохлеарная имплантация как средство помощи глухим детям / А.И. Сатаева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2008. – № 1. – С. 55-63.
11. **Сатаева, А.И.** Значение первоначального периода реабилитации глухого дошкольника после кохлеарной имплантации / А.И. Сатаева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2012. – № 5. – С. 9-16.
12. **Сатаева, А.И.** Показатели завершения запускающего этапа реабилитации при кохлеарной имплантации / А.И. Сатаева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2015. – № 3. – С. 3-9.
13. **Сатаева, А.И.** Взаимодействие сурдопедагога и родителей на запускающем этапе реабилитации после кохлеарной имплантации / А.В. Буданцов, А.И. Сатаева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2015. – № 2. – С. 17-32. (Авторский вклад – 50 %).
14. **Сатаева, А.И.** Отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию: вклад сурдопедагога [Электронный ресурс] / Э.В. Миронова, А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2015. – Альманах №21. – Электрон. ст. – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-21/otbor-kandidatov-na-koxlearnuyu-implantacziyu-vklad-surdopedagoga> (Авторский вклад – 30 %).
15. **Сатаева, А.И.** Этап подключения речевого процессора, его первичная настройка: аудиолог и сурдопедагог [Электронный ресурс] / А.И. Сатаева, В.В. Бахшинян // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2015. – Альманах №21. – Электрон. ст. – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-21/etap-podklyucheniya-rechevogo-procссора,-ego-pervichnaya-nastrojka-audiolog-i-surdopedagog> (Авторский вклад – 50 %).
16. **Сатаева, А.И.** Запускающий этап реабилитации – решающая роль сурдопедагога [Электронный ресурс] / А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2015. – Альманах №21. – Электрон. ст. - Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-21/zapuskayushhij-etap-reabilitaczii---reshayushhaya-rol-surdopedagoga>
17. **Сатаева, А.И.** Нормальный ранний онтогенез как ориентир сурдопедагога на запускающем этапе реабилитации ребенка с КИ [Электронный ресурс] / О.И. Кукушкина, М.Р. Хайдарпашич, А.И. Сатаева // Альманах Института

коррекционной педагогики. – 2015. – Альманах №21. – Электрон. ст. – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-21/normalnyij-rannij-ontogenez-kak-orientir-surdopedagoga-na-zapuskayushhem-etape-reabilitaczii-rebenka-s-ki> (Авторский вклад – 30 %).

18. **Сатаева, А.И.** Запускающий этап реабилитации ребенка с КИ: четыре сессии работы сурдопедагога [Электронный ресурс] / А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2016. – Альманах №24. – Электрон. ст. – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-24/zapuskayushhij-etap-reabilitaczii-rebenka-s-ki-chetyire-sessii-raboty-surdopedagoga>
19. **Сатаева, А.И.** Дети с КИ в школьном возрасте: четыре истории развития [Электронный ресурс] / М.Р. Хайдарпашич, Е.В. Зельдина, А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2016. – Альманах №24. – Электрон. ст. – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-24/deti-s-ki-v-shkolnom-vozhraste-chetyire-istorii-razvitiya> (Авторский вклад – 40 %).