

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**Государственное казённое учреждение**  
**«Тверской областной центр психолого-педагогической,**  
**медицинской и социальной помощи» (ГКУ Центр ППМС-помощи)**

Рекомендована  
Педагогическим советом  
№ 2 от 18 декабря 2018

Утверждаю:  
Директор ГКУ Центр ППМС-помощи  
Л.В. Курочкина  
«18 декабря 2018 г



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА (адаптированная для обучающихся с ОВЗ)**

**Программа педагогической реабилитации  
детей после кохлеарной имплантации**

Возраст детей 1,5 – 10 лет  
Срок реализации 46 часов  
учитель-дефектолог (сурдопедагог) ГКУ Центр ППМС-помощи  
Кузина О.К.

Тверь 2018

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

### **1. Актуальность и перспективность программы**

Коррекционно-развивающая помощь является видом психолого-педагогической помощи, оказываемой детям, испытывающим трудности в освоении образовательных программ, в развитии и социальной адаптации, в том числе детям с ОВЗ, детям-инвалидам и инвалидам. Данный вид помощи может оказываться как в образовательных организациях, в которых такие дети обучаются, так и в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи.

Категория детей с ОВЗ неоднородна как по характеру первичного нарушения, так и по степени выраженности этого нарушения, а также по структуре дефекта. Кроме того, совершенствование различных видов медицинской помощи ведет к появлению новых групп детей с ОВЗ. Новые возможности медицины кардинально меняют и задачи психолого-педагогической коррекционной работы. А это, в свою очередь, приводит к необходимости поиска новых технологий, методов и приемов коррекционно-развивающей помощи, которая приобретает все более индивидуализированный характер.

Данная программа предназначена для детей с тяжелыми нарушениями слуха (с тугоухостью IV степени и с глухотой) после операции после кохлеарной имплантации.

В настоящее время кохлеарная имплантация является одним из наиболее эффективных методов реабилитации детей с тяжелыми нарушениями слуха. Это целостная программа мероприятий, направленных на полноценную социальную адаптацию ребенка с тугоухостью IV степени и глухотой.

Кохлеарный имплант (далее – КИ) при адекватной настройке обеспечивает восстановление порогов слухового восприятия до 30-40 дБ по отношению к порогам слышимости, т.е. обеспечивает возможности практически нормального восприятия речи во всем частотном диапазоне (соответствует I степени тугоухости). С 2003 года программа кохлеарной имплантации в России реализуется на федеральном уровне. С каждым годом увеличивается количество глухих детей, прошедших систему кохлеарной имплантации. При этом, как и во всем мире, среди имплантированных пациентов растет удельный вес детей раннего возраста, которых по праву считают одной из наиболее перспективных категорий кандидатов на кохлеарную имплантацию. Это связано с особой важностью первых 3-х лет жизни ребенка для развития слухоречевых и речедвигательных центров

мозга. Цель кохлеарной имплантации и конечный результат состоит в том, что с помощью КИ глухой ребенок научается понимать речь окружающих, говорить сам, получает возможность использовать речь для общения и познания окружающего мира, и благодаря этому, развивается как нормально слышащий ребенок.

Однако сама по себе кохлеарная имплантация не позволяет глухим детям сразу же после подключения речевого процессора различать звуковые сигналы и пользоваться речью в коммуникативных целях. Поэтому, после проведения первой настройки речевого процессора ребенок нуждается в педагогической помощи по развитию слухового восприятия и развитию речи. В связи с чем, главная цель педагогической реабилитации детей с КИ - научить ребенка воспринимать, различать, опознавать и распознавать окружающие звуки, понимать их значение и использовать этот опыт для развития речи.

### **Новизна и особенности программы**

Кохлеарно имплантированные дети представляют собой качественно своеобразную группу детей с нарушенным слухом с изменившимся функциональным статусом – глухих детей с возникшим слухом, на базе которого возможно развитие адекватного слухового восприятия и полноценного развития устной речи. При этом социально-педагогический статус ребенка с КИ динамически меняется в процессе реабилитации, следовательно, динамически должны меняться задачи, решаемые сурдопедагогом на разных этапах реабилитации. Эти новые явления в сурдопедагогике определяют потребность специалиста, работающего с ребенком с КИ, в новых профессиональных компетенциях.

Кроме того, для достижения результата слухоречевой реабилитации коррекционно-развивающая помощь ребенку должна оказываться своевременно, как на этапе подготовки к операции по КИ, так и сразу после нее. Значит, сурдопедагог должен владеть методиками работы с детьми раннего возраста. Следует отметить еще один важный момент, влияющий как на сам процесс реабилитации, так и на ее результат, - наличие у ребенка с КИ других нарушений в развитии (нарушений зрения, НОДА, ЗПР, интеллектуальных нарушений). Но даже в случае незначительной динамики в слухоречевом развитии у такого ребенка улучшается качество его жизни, благодаря возможности ориентироваться в окружающих звуках.

Специфичность коррекционной работы с имплантированными детьми выражается в индивидуализации и реорганизации традиционного образовательного маршрута детей с нарушенным слухом, в снижении роли вспомогательных средств коррекционного воздействия (использование их

оправдано в случае наличия дополнительных нарушений в развитии ребенка с КИ) и повышении значимости естественных условий восприятия и развития речи, а также в необходимости тесного взаимодействия специалистов.

## **2. Научные, методологические, нормативно-правовые и методические основания программы**

Основные принципы построения и реализации Программы:

➤ разработка индивидуальной программы определяется уровнем и темпом развития у ребенка слухового восприятия, произношения, коммуникативных навыков и т.д;

➤ ступенчатое введение материала в соответствии с логикой развития «восприятие – слушание – понимание - речевая инициатива. Независимо от того на каком слухоречевом уровне ребенок был на момент начала (ре)абилитации, его развитие должно пройти соответственно моделям формирования речи слышащих детей - последовательно и взаимосвязано. Темпы овладения умениями и навыками зависят от индивидуальных особенностей каждого ребенка;

➤ осуществление коррекционно-развивающей работы в рамках определенных лексических тем. При этом порядок тем и сроки работы в рамках одной темы варьируются в зависимости от потребностей ребенка. Возможные ориентиры в отношении дошкольника - лексические темы в ДОУ, в отношении школьника - темы, изучаемые на уроках по литературному чтению, окружающему миру (и др.);

➤ применение новых психолого-педагогических технологий (компьютерных технологий и интерактивных методов), широкое использование игровых и занимательных методов;

➤ реализация дополнительных направлений коррекционной поддержки:

- помощь в освоении образовательной программы;
- консультирование родителей;
- консультирование учителей.

### **Нормативно-правовая основа программы**

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

2. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 10 февраля 2015 г. № ВК-268 /07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»;

3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 августа 2013 г. № 1008 «Об утверждении порядка организации и

осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам»;

4. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 ноября 2015 года № 09-3242 «О направлении рекомендаций по проектированию дополнительных общеразвивающих программ»:

5. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 4 июля 2014 г. № 41 «Об утверждении СанПиН 2.4.4.3172-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей».

В научной литературе опубликованы методические рекомендации к проведению комплексного диагностического обследования и оказанию коррекционно-педагогической помощи детям после КИ. Однако еще не разработана система комплексной коррекционно-педагогической помощи глухим детям раннего, дошкольного и младшего школьного возраста после КИ, а также детям с КИ, имеющим сложную структуру дефекта.

**Принципы**, лежащие в основе проведения коррекционно-развивающей работы с детьми после КИ:

- Принцип коммуникативной направленности: успешное овладение устной речью для детей после КИ требует организации практики речевого общения и максимального приближения обучения устной речи к условиям естественного общения. Это «актуализирует потребность ребенка быть понятым взрослым через использование доступных для него средств языка» (О.В.Зонтова). В таких условиях у ребенка произвольно формируется так называемое «чувство языка» (Л.И.Божович).

- Деятельностный принцип: использование разнообразных видов деятельности (игровой, продуктивной и др.) формирует у детей потребность в овладении ими речью. В результате овладение речью происходит в условиях постоянно расширяющейся речевой практики, стимулирующей накопление и расширение как пассивного, так и активного словаря, усвоение фонетических и грамматических норм языка.

- Генетический принцип: речь не является врожденной способностью, а развивается в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитием ребенка. Усвоение ребенком родного языка проходит со строгой закономерностью и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Очень важно знать, что сначала у всякого ребенка развивается понимание речи и только потом он поэтапно овладевает активной речью. Эти общие закономерности развития речи в онтогенезе, а также значимость сензитивного периода речевого развития необходимо учитывать при

оказании коррекционно-педагогической помощи детям с КИ. На этой же основе осуществляется выбор применяемых методов воздействия, совпадающих с естественными способами стимуляции речевого развития ребенка.

При разработке Программы учитывалась стратегия комплексного подхода к обучению и воспитанию детей, прошедших операцию по кохлеарной имплантации. Под комплексным подходом понимается интеграцию усилий семьи, образовательной организации, специалистов (сурдопедагога, логопеда, психолога), социального работника (система страхования), медиков (отоларинголога, аудиолога) (П. Янн, И. Королева).

Первостепенная роль возлагается на *родителей*, которые должны обеспечить речевую среду своему ребенку. В задачи специалиста входит консультирование родителей, демонстрирование приемов педагогического воздействия, курирование занятий, проводимых родителями.

Вторым актуальным звеном послеоперационной реабилитации является *сурдопедагог*. Актуальность сурдопедагогической помощи доминирует не только на предоперационном этапе реабилитации, но сохраняется длительное время после операции по кохлеарной имплантации. С одной стороны, это объясняется допустимым снижением слуха у лиц с КИ (до 20-45 дБ), с другой – искусственным характером звука («металлический звук»), моноуральным способом восприятия. Кроме того, возможность ощущать звуки различной частоты, появляющаяся сразу после включения и настройки импланта, не означает готовность детей к дифференциации как речевых, так и неречевых сигналов. Как показывает практика, достаточно продолжительный отрезок времени после операции дети могут испытывать затруднения при различении бытовых шумов, звучаний музыкальных инструментов, речевых сигналов. Участие сурдопедагога на этой фазе коррекционно-развивающей работы наиболее востребовано.

На более поздних этапах послеоперационной реабилитации особенности слухового восприятия сохраняются: страдает фонематический слух, ограничен объем слухового внимания, слуховой памяти. Работу по развитию этих процессов целесообразно переносить в сферу *логопедической* деятельности, так как, получив определенный слуховой опыт, дети с кохлеарными имплантами симптоматически более соответствуют диагнозу сенсомоторная алалия, нежели диагнозу сенсоневральная тугоухость. В связи с этим в логопедической работе с детьми после кохлеарной имплантации актуальны методы и приемы, которые используются при обучении детей с моторной алалией, дизартрией, артикуляторной апраксией, дисфонией: развитие и коррекция речевого дыхания, интонационной стороны речи,

темпа, ритма, силы голоса, активизация звуков и т.д. Однако сохраняется необходимость продолжения занятий с сурдопедагогом по формированию и развитию адекватных слуховых представлений, по уточнению и обогащению словаря, по развитию способности распознавать и понимать на слух устную речь в различных ситуациях общения, использовать ее в целях коммуникации.

У детей после КИ нередко проявляется неадекватность в поведении, негативизм, протест, затруднения при запоминании звуковой информации, переключении, распределении внимания. В ситуациях осложнений послеоперационной адаптации целесообразно участие в педагогической реабилитации психолога.

### **3. Практическая направленность программы**

Каждое коррекционно-развивающее занятие включает в себя:

- развитие слухового восприятия (РСВ), как неречевых звучаний, так и речевого материала;
- развитие произносительной стороны речи;
- работу над усвоением и обогащением словаря, формированием грамматического строя речи;
- развитие связной речи;
- развитие познавательной деятельности.

При работе по *РСВ* в качестве основного вида восприятия используется слуховое восприятие. При этом педагог использует прием «вытягивания» расстояния, на котором предъявляется для восприятия тот или иной материал.

Используются:

- неречевые звучания различного характера, в том числе в аудиозаписи;
- речевой материал разговорно-бытового характера,
- речевой материал, связанный с организацией и проведением занятий, учебного процесса;
- речевой материал по лексическим темам;
- речь других людей в аудиозаписи.

Также ребенка обучают ведению диалогов, умению пользоваться догадкой, контекстом, ситуацией.

### **Этапы педагогической (слухоречевой) реабилитации детей после КИ**

#### ***«Запускающий» этап реабилитации ребенка с КИ***

При работе с детьми, находящимися на начальном этапе реабилитации после операции по кохлеарной имплантации, сурдопедагог

руководствуется основными положениями метода «3П-реабилитации» (А.И. Сатаева, О. И. Кукушкина, Л.Е. Гончарова):

- Создание условий для повторного проживания на новой сенсорной основе тех этапов раннего онтогенеза, которые были прожиты ребенком в выраженной сенсорной депривации.

- Намеренное создание условий для повторного проживания на новой сенсорной основе ребенком и его близкими того этапа становления эмоционального взаимодействия, который был прожит семьей в условиях глухоты ребенка.

- Основной метод реабилитации — перестройка взаимодействия ребенка с КИ с семьей на новой сенсорной основе в логике развития слышащего ребенка первого года жизни.

- Начало реабилитации с запуска эмоционального диалога ребенка с КИ с близкими на полноценной сенсорной основе, как это происходит у слышащих родителей слышащего ребенка на первом году его жизни. Отличие состоит в том, что у ребенка с КИ это происходит в ином паспортном возрасте.

- Исключается механическая тренировка слуха, усилия специалиста направляются на запуск естественного возникновения слухового восприятия через становление и усложнение эмоционального взаимодействия ребенка с родителями на новой сенсорной основе.

- Исключаются упражнения ребенка в речи, усилия сурдопедагога направляются на запуск естественного возникновения речи (вначале ее понимания, а затем порождения) через усложнение эмоционального взаимодействия имплантированного ребенка с родителями на новой сенсорной основе.

- Применяется специально разработанная технология перестройки эмоционального взаимодействия ребенка с КИ с семьей. В начале каждой сессии сурдопедагог занимает ведущую и определяющую позицию во взаимодействии с ребенком с КИ и с его родителями. В финале каждой сессии ведущую роль во взаимодействии играют родители и ребенок, сурдопедагог не является его участником и занимает позицию наблюдателя.

На данном этапе реабилитации используются следующие педагогические средства:

- Организация эмоционально захватывающих игр с сенсорно яркими, звучащими предметами. Удовлетворяющим откликом считается появление улыбки, голосовых, а впоследствии речевых реакций ребенка.



- Использование особой речи взрослого в игровом взаимодействии с ребенком — намеренное утрирование ритмико-интонационной стороны речи — мелодичность, напевность, ярко выраженные модуляции голоса, смена громкости голоса от шепота до нормальной разговорной громкости и выше, охват широкого частотного диапазона, намеренная смена темпа речи с медленного на быстрый и др. Условием продолжения эмоционально захватывающего ребенка игрового взаимодействия являются понимание обращенной речи и инициативное высказывание ребенка в силу своих возможностей.

- Формирование у родителей установки на радостное эмоциональное состояние ребенка на занятиях, стремления получать удовольствие от взаимодействия со своим ребенком.

- Специальная демонстрация родителям появившихся возможностей взаимодействия ребенка с окружающими на новой сенсорной основе.

Для оценки промежуточных и итоговых достижений ребенка и родителей и для принятия решения о завершении «запускающего» этапа реабилитации выделяются в качестве ориентиров показатели изменения коммуникативного поведения как ребенка с КИ, так и его близких:

- **естественное поведение**, характерное для слышащего ребенка раннего возраста - живой интерес к звукам; активизация голосовых реакций; способность самостоятельно искать и находить источник звука в естественных бытовых условиях и, обнаружив его, вести себя адекватно услышанному;

- **естественная коммуникация**, характерная для слышащего ребенка раннего возраста - эмоциональная включенность ребенка в коммуникацию; способность инициировать контакты с окружающими людьми, используя как невербальные, так и доступные ему вербальные средства, общаться, не 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.

При этом необходимо иметь в виду и учитывать, что уровень общего психического развития ребенка и степень его приближения к возрастной норме могут быть различными.

***Начальный и основной (I-IV) этапы слухоречевой реабилитации***

Основной подход к проведению коррекционно-педагогической работы с детьми после КИ на последующих (начальном и основном (I-IV) этапах реабилитации – **слухоречевой подход**, так называемый «**слуховой**» метод реабилитации (И.В. Королева). Предусматривает свободное восприятие глухим ребенком с КИ окружающих звуков и речи, изучение им языка и речи через развитие слухового восприятия. При этом взаимодействие с ребенком должно происходить через разговорный язык, при условии создания слухоречевой окружающей среды.

И.В. Королева определяет следующие основные положения «слухового» метода реабилитации глухих детей после КИ:

1. Положение о четырех этапах слухоречевой реабилитации ранооглохших детей после кохlearной имплантации.

2. Положение о развитии слухового восприятия как приоритетном направлении коррекционной работы в начальный период использования КИ.

3. Положение о соотношении спонтанного научения и целенаправленного обучения в развитии слуха, понимания речи окружающих и собственной речи у ребенка.

4. Положение о ведущей роли родителей и семьи в спонтанном развитии слуха, понимания речи окружающих и собственной речи ребенка.

#### **4. Цели и задачи программы**

**Цель программы** – способствовать эффективной педагогической реабилитации детей с тяжелыми нарушениями слуха после кохlearной имплантации.

**Программа направлена на реализацию следующих задач:**

- создание оптимальных условий для познавательного, речевого, социального, личностного развития кохlearно имплантированного ребенка;
- индивидуально направленная коррекция нарушений в развитии.

Направления коррекционно-развивающей работы учителя-дефектолога (сурдопедагога):

- развитие слухового восприятия (РСВ);
- развитие речи;
- познавательное развитие;
- стимуляция эмоционально-волевой сферы;
- физическое развитие.

В задачи работы по РСВ входят:

- выработка условных реакций на звук;

- формирование умения локализовать направление звука;
- активизация слуховой дифференцировки;
- развитие точности, избирательности, константности слухового восприятия;

- развитие способности к смысловой догадке;
- развитие слухового внимания и слуховой памяти.

Главные задачи речевого развития ребенка с КИ:

- развитие слухоречевой памяти;
- накопление пассивного словаря;
- развитие произносительных навыков, управления голосом, речевого дыхания;

- совершенствование понимания устной речи (слухо-зрительно и на слух);

- обогащение грамматических представлений;
- накопление активного словаря;
- развитие диалогической речи;
- развитие связной речи;
- активизация навыков чтения;
- расширение общих представлений об окружающем мире.

**5. Адресат программы:** Программа предназначена для кохлеарно имплантированных детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста, т.е. от 1,5 до 10 лет, в том числе с дополнительными нарушениями в развитии (ЗПР, УО, нарушения зрения, НОДА), обучающихся в условиях семьи или в общеобразовательных организациях, в штатном расписании которых отсутствует учитель-дефектолог (сурдопедагог). При необходимости возможны изменения возрастного диапазона адресатов программы.

Предусматривается проведение коррекционно-развивающей работы на различных этапах реабилитации ребенка с КИ - по 1-2 индивидуальных занятия в неделю, всего 46 часов в течение учебного года (с октября по май).

В случае подбора детей, находящихся на одном этапе слухоречевой реабилитации и в примерном возрастном диапазоне, допускается проведение подгрупповых занятий.

**Результатом реализации** данного проекта должны стать сформированный речевой слух и возникновение спонтанной речи у ребенка, использование устной речи в коммуникативных целях, создание благоприятных условий для дальнейшего речевого развития, а также освоения адекватно подобранной образовательной программы.

**6. Продолжительность программы 46 часов.**

**7. Требования к результату усвоения программы:** зачисление на программу и отчисление, использование ее в коррекционно-развивающих целях, осуществляется до и после реализации программы через проведение психолого-педагогического обследования.

**8. Система оценки достижения планируемых результатов** предполагает проведение повторного диагностического обследования, включает подведение итогов, анализ эффективности работы по программе, предоставление дальнейших рекомендаций для родителей в отношении воспитания и развития ребенка с КИ.

**9. Практическая апробация программы** осуществлялась на базе Центр ППМС-помощи.