

*Конгресс «200 лет Российской сурдопедагогике», С-Петербург, ноябрь, 2006.
И.В.Королева
Санкт-Петербург, Россия*

**АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С
КОХЛЕАРНЫМИ ИМПЛАНТАМИ: ОБЩЕЕ И
РАЗЛИЧИЯ В СРАВНЕНИИ С ГЛУХИМИ И
СЛАБОСЛЫШАЮЩИМИ ДЕТЬМИ СО
СЛУХОВЫМИ АППАРАТАМИ**

В последние годы кохлеарная имплантация, как высокоэффективный метод реабилитации глухих детей и взрослых, все шире внедряется в России [1,2,3,8,9,10]. При этом, как и во всем мире, среди имплантированных пациентов растет удельный вес детей раннего возраста, которые относятся к одной из наиболее перспективных категорий кандидатов на кохлеарную имплантацию, что связано с особой важностью первых 3-х лет жизни ребенка для развития слухоречевых и речедвигательных центров мозга. Предполагается, что в идеале конечный результат, а значит и цель кохлеарной имплантации глухого ребенка раннего возраста состоит в том, что с помощью кохлеарного импланта (КИ) он научится понимать речь окружающих, говорить сам, использовать речь для общения и познания окружающего мира и, благодаря этому, будет развиваться как нормально слышащий ребенок. И наш опыт, также как и опыт зарубежных коллег, свидетельствуют, что эта цель реальна. При этом часть этих детей посещают дошкольные образовательные учреждения для детей с нарушениями слуха, часть – общеобразовательные. Но важно осознавать, что независимо от этого, все дети с КИ без исключения нуждаются в профессиональной поддержке сурдопедагога, по крайней мере, до школьного возраста.

Все это определяет особую актуальность анализа методических подходов к абилитации детей раннего возраста с КИ. Встает вопрос: отличаются ли эти подходы от тех, которые используются в отношении других детей с нарушениями слуха?

Для этого сначала необходимо рассмотреть особенности развития глухого ребенка раннего возраста после кохлеарной имплантации. В целом его развитие сходно с развитием слабослышащих детей, эффективно использующих слуховой аппарат (СА). Но есть и существенные отличия, которые определяют **особенности реабилитации детей с КИ.**

В чем же заключаются эти особенности?

После включения и настройки процессора КИ пороги слуха ребенка составляют 25-40 дБ и, значит, соответствуют 1 степени тугоухости. Каждый специалист знает, как выглядит ребенок с 1-ой степенью тугоухости в младшем возрасте. Практически это нормально развивающийся ребенок, если у него нет дополнительных психоневрологических и специфических речевых (дизартрия, моторная алалия) расстройств. Он хорошо понимает речь в различных ситуациях

общения (с учетом возраста), у него развивается фразовая речь, хотя и с небольшой задержкой (также как с задержкой появляются первые слова). У него звонкий громкий голос, речь интонационно разнообразная. Нередко нарушение слуха у таких детей не выявляется или выявляется случайно. Большинство из них позднее попадает в логопедические детские сады в связи с нарушением произношения отдельных звуков речи и некоторой ее аграмматичностью, где логопеды даже не подозревают о наличии у ребенка нарушения слуха. Благодаря коррекционной логопедической работе речь у ребенка нормализуется, и он поступает учиться в общеобразовательную школу, которую благополучно заканчивает, испытывая, однако, трудности по русскому языку.

И совсем не так выглядит глухой ребенок с КИ в первый месяц использования КИ, хотя у него такие же пороги слуха. По уровню развития понимания речи и собственной речи – он соответствует глухому ребенку. Большинство детей раннего и младшего возраста, поступающие на имплантацию, не понимают обращенную речь, не говорят или говорят небольшое число слов с грубым искажением звукослоговой и интонационно-ритмической структуры, если их научили это делать до имплантации. У тех, кого научили немного говорить до имплантации нередко характерный для глухих голос с выраженным носовым оттенком, напряженная артикуляция. Некоторые дети подражают артикуляции взрослого, но это безмолвные артикуляции. Голос у них проявляется только, когда они кричат. Исключение – дети с прогрессирующей глухотой, дети, потерявшие слух в возрасте 2-3 года, а также дети, абилитация которых, включая слухопротезирование, была начата в возрасте до 6 мес.

После подключения и настройки процессора КИ на занятия дети обучаются выполнять условно-рефлекторную реакцию на тихие звуки (шепот, звуки /с/, /ш/, /ц/) с расстояния до 4-6 м, но при этом в обычной ситуации они могут не откликаться на свое имя, не реагируют на окружающие звуки. Через 1-4 месяца они начинают реагировать на все окружающие звуки, но при этом также не понимают речь, хотя многие из них могут повторить слово, услышав его. Это производит парадоксальное впечатление на специалистов и иногда вызывает у них недоумение: «Как же так, ребенок слышит или повторяет слова, произносимые шепотом на расстоянии 3 м, а мою громкую речь при этом не понимает?».

Глухой малыш с КИ неожиданно и практически одновременно начинает слышать разные звуки, но они первое время не несут для него смысла и сливаются в один шумовой поток. Малыш достаточно быстро может научиться связывать звучание отдельных звуков и слов с предметами или действиями, но понять речь не может, потому что слишком мало в его памяти информации о значении слов, правилах их изменения и соединения в предложении.

Характерным является и то, что нередко при отсутствии у ребенка реакции на звуки у него отмечается резкое увеличение голосовой активности. Это часто является надежным показателем того, что малыш начал слышать – он начинает слышать себя и играть со своим голосом, как нормальнослышащий новорожденный.

Некоторые сурдопедагоги, начиная работать с детьми с КИ вскоре после подключения речевого процессора КИ, заявляют родителям: «Зачем вы делали операцию? Он как был глухим, так и остался!». Это обычно происходит с детьми, у которых до операции не развили умение пользоваться остаточным слухом. К сожалению, мы часто сталкиваемся с ситуацией, когда ребенок носит СА в детском саду только на занятиях с педагогом или «до обеда»! Дома родители, не осознавая важности постоянного ношения СА (а значит и постоянного слушания), также нередко не надевают ребенку СА («А он не хочет. Он все равно не слышит»). При такой ситуации ребенок в обычной жизни не пользуется имеющимися у него слуховыми возможностями, его слуховые центры не развиваются. После включения процессора КИ требуется 2-3 мес. целенаправленной ежеминутной работы родителей по привлечению внимания и вызывания интереса ребенка к окружающим звукам, чтобы такой ребенок начал спонтанно реагировать на разные звуки, узнавать некоторые из них.

И вот, начиная с этого момента, сурдопедагог осознает, что речевое развитие глухого ребенка с КИ действительно отличается от такового у глухого ребенка с СА. ***У ребенка с КИ происходит быстрое спонтанное развитие слуховых навыков, а впоследствии понимания речи и собственной речи, что не характерно для глухих с СА.*** Под спонтанным развитием речи мы понимаем ситуацию, когда мы не учим ребенка целенаправленно каким-то словам или грамматическим правилам, а он осваивает их сам, слушая речь окружающих. Специалисты хорошо знают, сколько времени надо

потратить, чтобы глухой ребенок запомнил какое-то звучание или слово на занятии, но главная сложность состоит в том, чтобы он смог узнавать/слышать их в реальной ситуации. Еще большую проблему представляет овладение ребенком грамматических правил, например, изменения слов в зависимости от рода или падежа. Как правило, ему это удастся только на слухо-зрительной основе, при этом надо продолжать включать этот материал на занятиях, постоянно контролировать правильность употребления этих слов и правил в собственной речи ребенка. В противном случае ребенок быстро все забывает. А вы можете представить, чтобы 3-4-х летний глухой малыш со СА пришел из гостей и спросил: «Что такое «пленник»?» или, услышав разговор матери по телефону из соседней комнаты, поинтересовался: «Кто несет елунду?». *У ребенка раннего возраста с КИ (имплантированного до 2-х лет при отсутствии сопутствующих нарушений) после периода формирования основных процессов анализа звуковых сигналов развитие восприятия речи, окружающих звуков и собственной речи в значительной мере происходит спонтанно, как у нормальнослышащего малыша.*

При имплантации до 2-х лет не говорящий ребенок с КИ быстро проходит естественные этапы предречевого (лепет) и начального речевого (первые слова, первые двухсложные фразы) развития. Малыш, который до имплантации благодаря раннему слухопротезированию и правильной работе мамы и сурдопедагога научился пользоваться остаточным слухом, следить за артикуляцией говорящего человека, понимать на слухо-зрительной основе отдельные слова и фразы, а также произносить и использовать хотя бы несколько слов, после имплантации быстро догоняет в своем речевом развитии своих нормально слышащих сверстников.

При имплантации ребенка после 2-х лет спонтанный процесс овладения пониманием речи и собственной речью начинается позднее - через 8-12 мес. Этот процесс идет также более медленно и зависит от того, насколько у ребенка был развит остаточный слух и произносительные навыки на момент имплантации, возраста имплантации, участия родителей в развитии ребенка, наличия у него сопутствующих нарушений и др. Если ребенок был слухопротезирован до 6-8 мес., у него развит остаточный слух, и он уже прошел стадии развития лепета, первых слов и простых фраз, то спонтанное развитие

понимания речи и собственной речи начинается уже через 1-2 мес. после подключения процессора КИ.

Очевидно, что ни одна категория детей с тугоухостью или глухотой с точки зрения непропорционального соотношения слуховой чувствительности (способности воспринимать тихие звуки) и понимания речи не похожа на маленьких детей с КИ на начальном этапе его использования. Именно поэтому сурдопедагогам так сложно сначала понять проблемы и особенности работы с детьми с КИ. По существу маленький ребенок с врожденной глухотой - это идеальная модель ребенка с сенсорной алалией (а точнее, как правило, сенсомоторной). Ребенок на начальном этапе все слышит, но мало на что реагирует. Мы видим это потому, что ребенок на занятии легко выполняет наше любимое задание («послушай и положи шарик в коробочку, когда услышишь») на шепот на расстоянии 3-5 м. Потом он реагирует на все звуки, но не понимает, потом повторяет слово, но не узнает обозначаемый им предмет.

Если имплантация проведена после 2-х лет, то после года использования КИ одной из наиболее характерных особенностей восприятия речи у многих детей является плохая долговременная память. Ребенок быстро усваивает новое слово на занятии, но потом оказывается, что он может его повторить, однако показать соответствующую картинку или игрушку не может, не использует это слово в собственной речи. Это проявление непропорционально быстрого развития у детей с КИ слухового анализа звуков и речи, как звуковых сигналов, и более медленного формирования процессов анализа речи как лингвистических сигналов. В том числе, сюда относится и формирование связи между звуковым образом слова и его значением, что обусловлено нарушением развития слуховых центров мозга коры головного мозга, а также нарушением формирования связей этих центров с соответствующими зрительными и двигательными центрами. Это определяется тем, что ребенок не слышал первые 12-18 мес. Как показывают современные исследования, именно в этот период активно образуются функциональные связи между разными корковыми центрами (между центрами образуются также анатомические связи на нейрональном уровне). Образуются также связи и между зрительными и слуховыми образами. Это происходит благодаря одновременному поступлению в слуховые центры звуковых сигналов, а в зрительные центры – зрительных

сигналов. Ребенок слышит погремушку и видит ее несколько раз одновременно, ему дают погремушку в ручки и вместе с ним трясут ее, вызывая звук (при этом он еще ощущает вибрацию). Ребенок начинает связывать ее звук с определенным зрительным образом, тактильными ощущениями. Поэтому позднее, услышав погремушку, не видя ее, он будет искать именно эту погремушку, а, увидев и получив ее в руки, – начинает трясти, вызывая знакомый звук. Таким образом, у него сформировался сложный полимодальный (слухо-зрительно-тактильный) образ предмета, который сохраняется в памяти на всю жизнь.

То же самое со словом. Мама, давая ребенку поиграть игрушку-собачку, называет ее (ав-ав). И к зрительно-тактильному образу игрушки добавляется его символ – слово, которое ребенок запоминает сначала в слуховой форме, а затем, видя артикуляцию матери и подражая ей, произносит это слово. Сначала оно мало похоже на взрослое слово, но затем по мере многократных повторений происходит уточнение артикуляции, и оно все более соответствует тому, что ребенок слышит, т.е. нормативному произнесению. При этом у ребенка формируются связи между слухоречевыми и речедвигательными центрами мозга.

Ребенок с врожденной глухотой потерял значительную часть наиболее чувствительного периода для развития слухоречевых и речедвигательных центров, даже если ему надели СА и начали заниматься в возрасте 10-12 мес. Это обусловлено тем, что к этому возрасту у нормальнослышающего ребенка уже в основном формируется фонетико-фонематическая система родного языка (система звуков родной речи), и развиваются базовые слухо-речедвигательные координации. Ребенок произносит значительную часть звуков, которые характерны именно для речи окружающих его взрослых. Хотя нам внешне кажется, что речь у ребенка начинает развиваться только после года, к этому моменту его мозг, благодаря слуху и общению с окружающими, развился столь значительно и накопил столько информации, необходимой для последующего развития речи, которую в более позднем возрасте он способен освоить только за несколько лет. И это определяется особенностями развития мозга ребенка в этот период. Впоследствии у большинства детей эти проблемы проходят.

При абилитации ребенка раннего возраста с КИ подходят все методики, которые используются для развития слуха и речи у

слабослышащих детей, использующих качественные СА [1,2,4,5,6,9,10]. Однако есть ряд особенностей.

В первый год мы должны уделить максимальное внимание развитию слухового восприятия, причем, прежде всего, используя для этого ежедневные обычные ситуации. Поэтому огромную роль в развитии слуха у детей с КИ играют родители, которые постоянно привлекают внимание и вызывают интерес ребенка к звукам, объясняют ему их значение. Наша задача - в короткий срок развить естественное слуховое восприятие с КИ у глухого ребенка до уровня, приближающегося к нормальному слуху, таким образом, чтобы слух начал работать на развитие понимания речи и собственной речи, как у нормальнослышащего ребенка. По нашим наблюдениям на это требуется от 6-ти до 12 мес. в зависимости от наличия у ребенка слухового опыта, сопутствующих нарушений внимания, подготовленности родителей к процессу абилитации и др. причин.

Ребенок с КИ, имплантированный в младшем возрасте, не нуждается в использовании глобального чтения. Как известно, эта методика позволяет ребенку с большой потерей слуха накопить словарный запас. У ребенка с КИ овладение новыми словами происходит сначала на слухо-зрительной (если навык чтения с губ у него был уже частично сформирован), а затем, по мере развития слуха, преимущественно на слуховой основе. Однако, по нашему мнению, ребенок с КИ нуждается **в раннем овладении навыком аналитического чтения.** Побуквенно-послоговое чтение используется, с одной стороны, для развития произносительной стороны речи. С другой стороны, оно служит базой для формирования грамматической системы родного языка. Это связано, с тем, что, ребенок с КИ, как ребенок с 1-ой степенью тугоухости, не слышит в естественной речи наиболее тихие ее части – окончания, предлоги, приставки, которые в русском языке определяют ее грамматику. Кроме того, вследствие того, что до имплантации его слуховые возможности были очень ограничены, грамматические представления не формировались у него спонтанным образом, как у нормальнослышащего ребенка.

Несколько слов об использовании верботонального метода, разработанного проф. Губерина (центр СУВАГ, г. Загреб, Хорватия). Метод доказал свою высокую эффективность в развитии речи у детей с различной степенью потерь слуха, использующих СА. Безусловно,

многие направления работы, принятые в рамках верботональной методики эффективны для детей с КИ - фонетическая ритмика, приемы вызывания звуков у молчащих малышей с КИ, формирование интонационно-ритмической стороны речи, основанные на связи ритмических движений тела и звуков речи. *Очевидное исключение – ребенок с КИ не нуждается в опоре на тактильно-вибрационные ощущения, широко используемые в данной методике, при развитии восприятия звуков и устной речи.* У ребенка с КИ с самого начала эти процессы опираются на быстро развивающийся слух и слухозрительное восприятие. И, конечно, важным для послеоперационной реабилитации является то, что метод предполагает активное вовлечение родителей в процесс развития и обучения ребенка. Наш опыт показывает, что если ребенок, поступающий на имплантацию, уже занимается по верботональной методике, то это означает, что у него есть хорошие условия для послеоперационной слухоречевой реабилитации по месту жительства. Кроме того, он обычно уже хорошо подготовлен к ней, поскольку на момент операции у него в определенной степени развиты остаточный слух и произносительные навыки. Все это относится и к детям, которые занимаются по методике Э.И.Леонгард.

Ребенок с КИ не нуждается в использовании сопряженной речи для развития произносительных навыков. Более того, по нашим наблюдениям, если педагог использует ее при обучении ребенка после имплантации, то это тормозит естественное развитие понимания речи и использование собственной речи у ребенка. Необходимо сразу перейти на последовательно-диалоговую речь. Принцип обучения речи у ребенка с КИ такой же, как при обучении нормально слышащих детей. «Слушай; думай; говори, слушая; (повтори)» - вот естественная последовательность речевого процесса. При обучении ребенка с применением сопряженной речи он не может запомнить произнесенные слова и фразы, чтобы использовать их в самостоятельной речи.

О роли слухозрительного восприятия в развитии речи у детей с КИ. Мы должны помнить, что слухозрительное восприятие речи это естественный способ ее восприятия и для нормальнослышающего человека. У ребенка со значительным нарушением слуха даже в СА восприятие речи в большей мере зрительно-слуховое, поскольку он слишком мало слышит. Обучение глухого ребенка раннего возраста

восприятию речи и устной речи в значительной степени опирается на формирование у него зрительного внимания к лицу говорящего, подражание его артикуляторным движениям. Если эти навыки у малыша сформированы, то это очень благоприятный показатель развития у него речи после имплантации, потому что они свидетельствует об общей сформированности процессов внимания и подражательной активности, важных для обучения. Однако после подключения процессора КИ ситуация меняется. Ребенок привык ориентироваться на зрение, как на более надежный источник информации, а нам надо, чтобы он стал больше обращать внимание на слух. Но делать это надо постепенно, увеличивая долю слухового предъявления речи. Один из наиболее естественных способов – постепенно увеличивать общение с ребенком, сидя не напротив него, а рядом с ним, например, играя вместе, читая-рассматривая книжку. В этом случае он хорошо слышит речь, и при этом, не видя движений губ, внимательнее слушает. По мере развития слухового восприятия с КИ ребенок будет все больше опираться на слух. Но слухозрительное восприятие необходимо при работе над произносительной стороной речи. Кроме того, когда мы пытаемся объяснить ребенку значение нового слова, то нам важно, чтобы он понял, что значит это слово. И если слухозрительное восприятие для него облегчает этот процесс на начальном этапе использования КИ, то это надо использовать. Мы должны помнить, что наша цель не сделать из малыша «слушающую машину», а с помощью слуха научить его понимать речь и говорить. Большинство малышей достаточно быстро перестают нуждаться в этом.

Такая же ситуация и с использованием жестов. Здесь мы должны выделить 2 группы жестов. Первая группа - это естественные жесты, которыми мы пользуемся при общении с нормально слышащими детьми и взрослыми. Это жесты - дай, на, нет, пока, садись, кушать, нельзя, привет, большой, маленький и многие другие. Мы сопровождаем ими свою речь. *Естественные жесты, которые сопровождают нашу речь при общении с маленькими детьми, можно использовать. Это облегчает ребенку освоение значения слова.* Естественные жесты, сопровождающие речь, не заменяют ее и не конкурируют с овладением устной речью. Например, мы говорим малышу: «Дай мне большой мяч». Это естественно, если, произнося эту фразу, мы сопровождаем ее жестами «дай», «мне», «большой»,

когда общаемся с малышом. Если малыш понимает просьбу на слух, то жесты здесь не нужны. Но они помогут малышу понять просьбу, если он не понял ее сразу. В этом случае можно повторить фразу, но уже сопровождая ее соответствующими жестами. Через какое-то время малыш будет понимать эту фразу только на слух.

Вторая группа – это специальные жесты (элементы жестовой речи глухих), которые глухие дети, обычно усваивают при посещении специализированного детского сада для детей с нарушениями слуха, общаясь там с другими глухими детьми и взрослыми. Специальные жесты являются заменителями речи и конкурируют с овладением устной речи. **Детям с КИ не нужны специальные жесты, они отрицательно влияют на развитие у ребенка понимания устной речи и ее развития.**

Глухой ребенок, имплантированный в раннем возрасте, не нуждается в использовании дактильной формы речи, не только как средстве общения, но и как средства формирования звукопроизношения. Исключение составляют дети с выраженными двигательными нарушениями и центральными слуховыми расстройствами. Но и в этом случае на начальном этапе развитие произносительных навыков осуществляется на слухо-зрительной и слуховой основе; приемов, связывающих звук с жестом (верботональная методика, фонетическая ритмика); навыков побуквенно-послогового чтения. И только старше 4-х лет, если отсутствует ожидаемая динамика развития речи (при наличии систематических занятий сурдопедагогов и родителей), целесообразно включить дактилирование в качестве средства формирования звукопроизносительных навыков.

Использование логопедических методов работы. Может ли с детьми с КИ работать логопед? В нашем центре с детьми с КИ работают вместе сурдопедагог и логопед. Идея объединения усилий двух специалистов была связана с тем, что сурдопедагог на своем занятии, прежде всего, **сконцентрирован на развитии у ребенка слухового восприятия, восприятия речи и ее понимания. Логопед же больше внимания уделяет развитию произносительных навыков.** Разделение этих процессов может быть особенно плодотворным, когда слушание у ребенка еще требует много усилий, и когда в короткий срок необходимо сделать быстрый скачок в развитии ребенка. Если при выполнении задания «дай собаку» из набора 5–7

игрушек, мы будем требовать не только дать соответствующую игрушку (это предполагает, что ребенок услышал слово, узнал его, соотнес с нужной игрушкой и выбрал ее), но и сказать «на собаку», а мы при этом еще будем уточнять его произношение, то это сбивает ребенка, мешает запоминанию им слухового образа слова. Логопед же, используя меньший набор игрушек, будет добиваться более точного произношения этих же слов. При этом оба специалиста используют один и тот же речевой материал. Конечно, и сурдопедагог стимулирует произнесение звуков и слов во время своего занятия, а логопед требует от ребенка прислушивания к звукам. В целом такое условное разделение на занятия с преобладанием слуховой и языковой работы и занятия, где больший удельный вес занимает развитие произносительных навыков, типично при работе с детьми с нарушениями слуха.

Целесообразность привлечения логопеда к абилитации детей с КИ, с нашей точки зрения, обусловлена и тем, что в логопедии разработаны эффективные методы работы с детьми с различными речевыми нарушениями - моторной алалией, дизартрией, артикуляторной диспраксией, дисфонией. По нашему опыту, большинство детей с нарушениями слуха имеют эти речевые расстройства, как самостоятельные нарушения либо как первичные (в результате поражения соответствующих центров мозга), либо как вторичные, вследствие нарушения развития двигательных речевых центров из-за глухоты в раннем возрасте.

Но необходимо подчеркнуть важные особенности в работе логопеда с детьми с КИ. Во-первых, логопед, работающий с детьми с КИ должен иметь опыт работы с детьми с тяжелыми расстройствами речи (сенсо-моторная и моторная алалия, дизартрия, ринолалия и др.). Очень важно, чтобы он ознакомился с литературой по развитию слухового восприятия у слабослышащих, детей с нарушениями речи, детей с КИ.

Во-вторых, на начальном этапе использования КИ у неговорящего ребенка вызывание звуков речи следует рассматривать, прежде всего, как процесс активизации его голосовой и артикуляторной деятельности. Наша цель в этот момент не столько добиться от него качественного произнесения конкретных звуков речи, сколько подтолкнуть его к появлению интонационно-модулированного лепета - фазе естественного предречевого развития, которую он

пропустил из-за глухоты. Если мы сделаем акцент на тщательном произнесении отдельных звуков до формирования у ребенка навыка имитации интонационно-ритмической структуры слова или короткой фразы, то у ребенка сформируются трудно устранимые нарушения плавности речи, не естественности звучания голоса. В целом развитию просодических характеристик речи ребенка с КИ должно уделяться много внимания, т.к. эти нарушения характерны для всех групп детей с КИ, и именно эти нарушения затрудняют восприятие речи детей с нарушениями слуха.

В третьих, работая с ребенком с КИ, логопед должен осознавать, что ребенок с КИ имеет не только проблемы в развитии произносительных навыков, но и общее недоразвитие речи (уровень развития речи 1 или в лучшем случае 2 уровня). Это предполагает необходимость многолетней целенаправленной работы по формированию языковой компетенции ребенка – накоплению пассивного и активного словаря, формированию грамматических представлений, развитию связной речи. Даже у детей, овладевающих в процессе использования КИ и занятий фразовой речью, характерны проблемы построения развернутого высказывания; отсутствие языкового чутья, развить которое значительно сложнее, чем научить ребенка использовать в своей речи готовые образцы высказываний; инертность в выборе языковых средств, обусловленную недостаточной сформированностью лексической и грамматической стороны речи. У детей с КИ для развития грамматической системы языка эффективно использовать раннее овладение навыком аналитического чтения с обязательным разбором понимания прочитанного, а позднее пересказа.

На ранних этапах использования КИ логопед дополняет работу сурдопедагога, но не может его заменить. В идеале хорошо, когда сурдопедагог владеет логопедическими методиками работы, а логопед – методиками развития слухового и слухоречевого восприятия. При этом они работают согласовано. Ребенок, занимаясь с 2-мя педагогами, кроме того, получает опыт слушания речи различных людей, различных стилей общения.

По-нашему мнению, оптимальным для детей, имплантированных в раннем возрасте, является слухо-речевой (audio-verbal) метод [11,12]. Вот его основные положения:

- развитие слуха у тугоухого/глухого малыша с СА или КИ происходит естественным образом в течение всего дня в

процессе обычных дел и общения с заботящимися о нем взрослыми. На основе развивающегося слуха происходит естественное развитие речи, как у нормальнослышающего ребенка - «Слушаем и говорим, слушаю»!

- естественными и лучшими учителями развития речи и родного языка у малыша являются его родители и близкие. В связи с этим усилия сурдопедагога направлены на обучение родителей развивать у ребенка с нарушением слуха, использующим СА или КИ, слух и речь ежедневно и ежеминутно в обычной жизни.
- целью развития слуха и речи у ребенка с нарушением слуха является подготовка его к обучению в массовой школе

Используемый нами подход при работе с детьми с КИ, описанный ниже, наиболее близок именно к слухо-речевому (audio-verbal) методу. Наш опыт показывает, что при правильной работе глухие дети, имплантированные в возрасте до 2-х лет, а при раннем слухопротезировании и в более старшем возрасте, имеют реальный шанс догнать по развитию нормально слышащих детей. Однако это требует длительной и интенсивной сурдопедагогической поддержки и обязательно активное участие родителей в этом процессе. В связи с этим обучение родителей развитию слуха и речи у малыша с КИ в естественных ситуациях общения и при выполнении обычных ежедневных дел, умению оценивать слуховое и речевое развитие малыша в соответствии с возрастными нормами развития [1,7] является одним из ведущих направлений работы сурдопедагога.

Литература

1. Королева И.В. Диагностика и реабилитация слуховой функции у детей раннего возраста. -СПб.: Изд-во КАРО, 2005.- 288 с.
2. Королева И.В. Реабилитация глухих детей с кохлеарными имплантами. 4-е изд. Дополн. – СПб.:СПб НИИ уха, горла, носа и речи. 2006.- 102 с.
3. Королева И.В. Отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию. Сурдопедагогическое обследование и оценка перспективности использования кохлеарного импланта. 2-е изд.- СПб.-2006.-С.98.
4. Леонгард Э.И., Самсонова Е.Г. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. - М.:Просвещение,1991. -319 с.
5. Пелымская Т.В., Шматко Н.Д. Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом. - М.: Изд.центр «ВЛАДОС», 2003. -224 с.
6. Шматко Н.Д., Пелымская Т.В. Если малыш не слышит. - М.: Просвещение, 2003. -204 с.
7. Штрасмайер В. Обучение и развитие ребенка раннего возраста / Пер. с нем.- М.: Изд. Центр «Академия».- 2002.- 240 с.
8. Янн П. Значение и возможности обучения слуховому восприятию после кохлеарной имплантации// Актуальные вопросы логопатологии. Сб. статей. Ред. И.В. Королева. 2004. СПб. С.118-122.
9. Cochlear implants for young children. Eds. McCormic B., Archbold S., Sheppard S. -London.:Whurr Publishers, 1994.- 230 p.
10. Cochlear implant rehabilitation in children and adults. Ed D.Allum.- London: Whurr Publishers, 1995. -325 p.
11. Estabrooks W. Still listening: auditory-verbal training for 'older' children // Volta Revue, 1993, vol.95, p.231-252.
12. Estabrooks W. (Ed.) Auditory-verbal therapy for parents and professionals. –Washington. DC: A.G.Bell, 1994.