**Лекции по воспитанию и обучению детей с нарушением слуха.**

**Составитель:**

**учитель начальных классов**

**Гюлушанян Ануш Сергеевна**

**Лекция 1. Скрининг слуха новорожденных. ………………………..***2-12*

**Лекция 2. Педиатрическая аудиология и диагностика. …………***13-34*

**Лекция 3. Раннее обеспечение слуховыми аппаратами. Cлухопротезирование детей раннего и младшего дошкольного возраста. ………………………………………………………………..***35-49*

**Лекция 4. Семья и психолого-педагогическая поддержка. …….***50-78*

**Лекция 5. Развитие речевых навыков в групповой ситуации. ..***79-95*

**Лекция 6. Слабослышащие и глухие дети с комплексными отклонениями. ……………………………………………………….***96-103*

**Лекция 7. Двуязычие у детей с нарушением слуха. …………..***104-114*

**Лекция 8.** **Основные этапы детского развития. ………………***115-140*

**Лекция 9. Эффективная инклюзия. …………………………....***141-155*

**Лекция 1. Скрининг слуха новорожденных.**

**Введение.**

**Глава 1. Почему так важно раннее выявление нарушений слуха.**

* 1. Факторы риска и частота нарушений слуха у детей раннего возраста.
	2. Чувствительные фазы созревания системы слуха.
	3. Заключение.

**Глава 2. Что такое аудиологический скрининг новорожденных?**

2.1. Методы измерения.

* Регистрация ЗВОАЭ.
* Регистрация КСВП.
* ЗВОАЭ и КСВП.

2.2. Процесс проведения аудиологического скрининга новорожденных.

2.3. Общие условия программы скрининга.

* Разъяснительная работа с родителями.
* Служба отслеживания.
* Контрольно-диагностический этап.
* Начало терапии.

2.4. Заключение.

**Введение.**

Чем раньше выявляется нарушение слуха, тем выше шансы при его лечении. Успехи в развитии диагностики, техники и терапии дают возможность детям с нарушением слуха развиваться наравне с нормально слышащими детьми. Как правило, нарушение слуха не может быть излечено, однако существующие патологии не причинят ребенку вреда, если будут своевременно компенсированы.

**Глава 1. Почему так важно раннее выявление нарушений слуха.**

**Цели обучения:**

* знать факторы риска нарушений слуха у детей раннего возраста;
* знать, что аудиологический скрининг новорожденных является действенным и современным средством для раннего выявления нарушений слуха при рождении;
* осознавать, что система слуха созревает в зависимости от предлагаемого ей раздражения;
* понимать, что через ранний диагноз можно значительно уменьшить последствия нарушений слуха.
	1. **Факторы риска и частота нарушений слуха у детей раннего возраста.**

Причиной примерно половины случаев появления нарушений слуха являются определенные факторы риска. Они могут возникать до рождения (пренатально), во время родов (перинально) или после рождения (постнатально). Потенциальными факторами риска являются:

* генетические дефекты, приводящие к частым проявлениям нарушений слуха в определенных семьях;
* генетические синдромы;
* аномалии развития головы, лица и ушей;
* инфекции во время беременности, например, краснуха, герпес, токсоплазмоз, цитомегалия;
* экстремальная незрелость при недоношенности (вес при рождении <1500 г);
* при проведении искусственного дыхания длительное время (дольше 8 часов);
* критическая гипербилирубинемия (сильно выраженная желтуха новорожденных);
* применение ототоксичных медикаментов (наносящих вред внутреннему уху);
* менингит (воспаление оболочки головного мозга);
* все заболевания или состояния, при которых требуется нахождение ребенка в неонатальном отделении интенсивной терапии в течение 48 или более часов.

При наличии одного из этих факторов риска можно исходить из того, что как минимум у 1-3 из 100 новорожденных наряду с другими заболеваниями может наблюдаться нарушение слуха.

* 1. **Чувствительные фазы созревания слуховой системы.**

Слуховое восприятие при рождении развито не полностью. Для того, чтобы система слуха могла выполнять свою функцию в полном объеме, необходимо созревание слуховых путей после рождения. Эти процессы созревания протекают по определенным временным рамкам, чувствительным (критическим) периодам , имеющим разную продолжительность для различных процессов. Они протекают успешно лишь в том случае, если в этих фазах осуществляется соответствующая стимуляция и происходит стабилизация осознанных нейронных соединений через звуковое раздражение (Клинке 2008). Поэтому для лечения нарушений слуха у детей раннего возраста есть узкие временные рамки. Для предотвращения необратимых последствий необходимо начинать абилитацию не позднее окончания чувствительной (критической) фазы созревания системы слуха, примерно к завершению первого года жизни. Если лечение нарушений слуха у детей раннего возраста посредством слухопротезирования или слухоулучшающих операций начато не своевременно, т.е. в течение первых шести месяцев жизни, если профессиональное раннее вмешательство вводится не своевременно, то следствием этому могут стать нарушения речевого развития, задержки процесса обучения с эмоциональными, психосоциальными и когнитивными последствиями и проявлениями в семейной жизни ребенка, во время получения школьного образования и освоения профессией.

По статистике международных исследований нарушения слуха у детей без неонатального скрининга обычно выявляются в возрасте примерно 21-47 месяцев. Следовательно, лечение нарушений слуха у детей раннего возраста в большинстве случаев начинается уже после завершения чувствительной (критической) фазы созревания. Существует целый ряд подтверждений тому, что чем раньше начинается медицинское и техническое обеспечение детей с нарушением слуха, тем лучше они развиваются по всем параметрам развития. В их распоряжении своевременно появляются соответствующие средства, благодаря которым речевая система и система слухового восприятия слабослышащих детей может развиваться равноценно развитию нормально слышащих детей.

* 1. **Заключение.**

Раннедетские врожденные нарушения слуха относительно часто сравнивались с другими врожденными заболеваниями в детском возрасте. Дети с нарушением слуха, как и все люди, располагают системой освоения слуховым восприятием. Поэтому они могут научиться слышать также, как и все остальные дети. Предпосылкой этому является диагностика нарушения слуха в течение первых 6 месяцев жизни и проведение раннего терапевтического вмешательства/абилитации.

**Глава 2. Что такое аудиологический скрининг новорожденных?**

**Цели обучения:**

* понимать, что является целью неонатального аудиологического скрининга;
* знать, какие методы регистрации применяются;
* знать возможные слабые места в процессе проведения скрининга;
* быть в состоянии назвать адреса медицинских учреждений для последующей диагностики.

Аудиологический скрининг новорожденных является легко выполнимым обследованием, при котором автоматизированным методом подтверждается или не подтверждается нормальная функция органа слуха новорожденных. Скрининг представляет собой систематичный тест-отсев. Его целью является получение с наименьшими затратами более или менее достоверных данных о нормальной функции органа слуха. Поэтому при помощи неонатального скрининга слуха нельзя делать окончательные выводы о наличии нарушения функции. Скрининг может быть завершен положительным результатом, прерванной или невыполненной процедурой или же с результатом, требующим контрольного проведения теста. То есть при проведении скрининга происходит не идентификация заболевания, а подтверждается или не подтверждается нормальная функция органа. Наряду с неточностью при проведении обследования, системными и случайными ошибками при измерении нарушение функции слуха является лишь одной из ряда возможных причин в получении результатов теста, требующих повторного контроля. Положительный результат скрининга обозначается как PASS, отрицательный – как REFER или CONTROL.

**2.1. Методы измерения.**

В последние годы получили признание два метода измерения для аудиологического скрининга новорожденных. Речь идет о регистрации задержанных вызванных отоакустических эмиссий (ЗВОАЭ) и автоматизированной регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов мозга (КСВП).

**Регистрация ЗВОАЭ.**

Метод ЗВОАЭ измеряет в переносном смысле „ответы внутреннего уха на звуковое раздражение“, а еще лучше: ответные сигналы наружных волосковых клеток во внутреннем ухе. Они обладают активными свойствами и сами производят звук, который генерируется через среднее ухо в наружный слуховой проход и регистрируется там при помощи микрофона. Для регистрации ЗВОАЭ используют вводимый в наружный слуховой проход зонд, в корпусе которого размещены миниатюрные телефон и микрофон. Через этот зонд в орган слуха посылается звуковой сигнал. При получении эмиссий можно исходить из того, что вероятная потеря слуха составляет не более 30 дБ. Так как в большинстве случаев функциональной патологии внутреннего уха функция наружных волосковых клеток нарушена, то в таких случаях отоакустические эмиссии не могут быть зарегистрированы. Но эмиссии могут отсутствовать и по другим причинам, например, если зонд не достаточно хорошо размещен в наружном слуховом проходе или эмиссии перекрываются в микрофоне зонда другими звуковыми источниками в случае, если в помещении слишком шумно. Обследование может проводиться на спящем или бодрствующем ребенке в очень спокойном состоянии – малыш не должен двигаться. При проведении скрининга с помощью современных приборов при благоприятных условиях время измерения составляет примерно от 3 секунд до 1,5 минуты.

**Регистрация КСВП.**

Метод КСВП регистрирует в переносном смысле „ответы ствола мозга на звуковое раздражение“. При этом методе через электроды, закрепленные на голове, измеряется разница потенциалов на поверхности кожи. Звуковой сигнал посылается в слуховой орган через зонд в наружном слуховом проходе или наушники (ушные вкладыши). Через рецепторный аппарат барабанной перепонки и слуховые косточки среднего уха сигнал передается в улитку (кохлеа) и там преобразовывается волосковыми клетками в электрические потенциалы. Через слуховой нерв и примыкающий слуховой канал они генерируются в стволе головного мозга. На их пути в различных местах соединения возникают синхронные разряды большого количества клеток, которые можно зарегистрировать через электроды на голове. Отсутствие ответных сигналов ствола мозга могут быть следствием нарушения в наружном, среднем или внутреннем ухе (наружные и внутренние волосковые клетки) или в слуховом нерве до ствола мозга. Следовательно, по сравнению с ЗВАОЭ КСВП охватывают большую часть слуховой системы. Однако в большинстве случаев причины раннедетских патологий слуха лежат на периферии органа слуха и определяются уже через ЗВОАЭ.

На современных измерительных приборах КСВП для регистрации применяется уровень стимуляции в 35 дБ (уровень слуха), т.е. они фиксируют порог восприятия звука от 35 дБ. По сравнению с регистрацией отоакустических эмиссий для проведения регистрации потенциалов ствола мозга требуется более длительная подготовка. В зависимости от применяемого прибора на голове ребенка наклеиваются 3 одноразовых электрода или же на предназначенные кожные участки накладываются встроенные электроды. Подготовка и последующее проведение измерений должны выполняться на ребенке в состоянии сна или покоя. Регистрация на неспокойном или бодрствующем ребенке, как правило, приводит к увеличению продолжительности измерения, а также в зависимости от обстоятельств даже к негативным результатам, требующим проверки, т.к. мускульные артефакты или другие нейронные процессы могут перекрывать акустически вызванные ответы ствола головного мозга и затруднять их подтверждение. И в этом случае результат, требующий проведения контроля, не обязательно указывает на нарушение слуха, а может вытекать из неправильного проведения регистрации или плохих условий при обследовании. При проведении регистрации с помощью современных приборов скрининга при благоприятных условиях сама процедура обследования занимает примерно от 30 секунд до 3 минуты.

**ЗВОАЭ и КСВП.**

Оба метода, ЗВОАЭ и КСВП, обеспечивают достаточно точное разделение между положительно прошедшим тест – и, как правило, здоровым – и отрицательно прошедшим тест органом слуха, нуждающемся в последующих обследованиях. Регистрация ЗВОАЭ проводится быстрее, проще в применении и дешевле относительно стоимости прибора. К тому же этот метод чувствительнее в выявлении умеренных потерь слуха. Метод регистрации ОАЭ получил широкое распространение по всему миру. Его недостатком является более высокая чувствительность к наличию в наружном слуховом проходе остатков первородной смазки (обволакивающей новорожденных) или околоплодной жидкости в среднем ухе, как это часто проявляется в первые 48 часов жизни. Относительно нарушений звукопроведения чувствительность ЗВАОЭ значительно превосходит чувствительность КСВП. Поэтому регистрация КСВП при проведении их в первые 48 часов жизни показывает большее количество положительных результатов PASS. В течение последних лет все большее значение во всем мире для аудиологического скрининга новорожденных приобретает комбинированный метод ЗВОАЭ-КСВП. Он включает в себя регистрацию ОАЭ и при получении отрицательных результатов одного или нескольких тестов – проведение регистрации КВСП. Такой метод соединяет преимущества быстрого проведения измерения, низкого порога обнаружения (30 дБ) и низкой стоимости расходных материалов регистрации ОАЭ с преимуществами более высокой специфичности и охвата более длинного участка системы слуха при регистрации КСВП.

**2.2. Процесс проведения скрининга слуха новорожденных.**

Единые правила по организации проведения неонатального аудиологического скрининга в разных странах еще не введены. В Германии с 01.01.2009 г. Универсальный аудиологический скрининг новорожденных (т.е. скрининг проводится каждому новорожденному) проводится в законодательном порядке и оплачивается больничными кассами. Он должен быть выполнен на каждом ухе посредством регистрации ЗВОАЭ или КСВП не позднее 3-го дня жизни новорожденного. Для детей из группы риска как метод скрининга предусматривается исключительно КВСП. У недоношенных детей обследование должно быть сделано не позднее рассчитанной даты рождения в положенные сроки, у больных детей или с множественными пороками развития, учитывая дополнительные патологии и необходимые клинические мероприятия – не позднее завершения 3-го месяца жизни. При отрицательном результате первого теста посредством ЗВОАЭ или КВСП необходимо провести контрольный тест КВСП на обоих ушах, по возможности, в этот же день, но не позднее 10-х суток жизни. При отрицательных данных повторного, контрольного обследования КВСП необходимо провести полную аудиологическую конфирмационную диагностику до завершения 12-й недели жизни ребенка. До 6-месячного возраста следует начать соответствующую терапию (слухопротезирование и раннее вмешательство/абилитацию).

**2.3. Общие условия программы скрининга.**

Аудиологический скрининг новорожденных является комплексным механизмом со многими компонентами. Его действенность в полном объеме возможна лишь в том случае, если все его процессы надежно отрегулированы и согласованы между собой по времени. Для универсального, т.е. всеохватывающего, скрининга слуха необходимо не только располагать техникой для скрининга, но и соблюдать основные условия для организации успешной комплексной программы скрининга в определенном регионе или стране: а именно, перенос раннего вмешательства на более ранние сроки по сравнению с прежней практикой до введения систематического скрининга.

Проблема, почему и при скрининге слуха новорожденных диагностика не всегда делается своевременно, зависит от многих различных факторов, которые могут препятствовать раннему вмешательству. Если, например, результаты теста отрицательны, то через несколько дней ребенку необходимо пройти контрольный тест. Где ребенку будет проведен квалифицированный контроль? На когда будет назначена дата обследования? Придут ли родители с ребенком на контрольный тест? Доверяют ли родители результатам первого скрининга? Что произойдет, если скрининг-контроль опять покажет отрицательный результат? Кто может точно диагностировать нарушение слуха ребенка? Когда можно начинать терапию? Какого она будет качества? Процедуру скрининга можно считать завершенной только тогда, когда нарушение слуха либо полностью исключается, либо диагностируется однозначно и в полном объеме, при назначении терапевтических мероприятий по раннему вмешательству и начале их проведения.

**Разъяснительная работа с родителями.**

Большое влияние на участие в аудиологическом скрининге новорожденных оказывает разъяснительная работа с родителями и предоставление им письменной информации о преимуществе скрининга. Чем известнее в регионе скрининг, тем чаще родители просят о проведение этого теста их ребенку. Группа „отказчиков“ очень незначительна, чтобы уделять ей здесь внимание. Значительно больше группа „равнодушных“, не ожидающих такого теста, не знающих о нем и поэтому ничего не предпринимающих, чтобы их ребенку был сделан скрининг слуха. При отрицательном результате теста, требующем контрольного проведения, необходимо провести выяснение возможных причин. В первые дни жизни ребенка они часто вызваны проблемами передачи звука по причине остатков первородной смазки или околоплодных вод, что совершенно не страшно, т.к. при проведении контроля скрининга через несколько дней в 90% всех аналогичных случаев показывается положительный результат. У недоношенных детей часто стоит выполнять регистрацию потенциалов ствола мозга не ранее рассчитанного дня рождения в положенные сроки. Точно так же отрицательный результат теста может указывать на патологию функции системы слуха. Поэтому после скрининга в любом случае нужно избегать высказываний, предположений и тенденций как по поводу диагностики, так и по поводу причин отрицательного результата. В зависимости от уровня образованности специалиста, проводящего тест, можно услышать такие отговорки: „Прибор иногда ошибается“ или „Это из-за околоплодной жидкости“. Проблематика при этом очевидна. Специалист, приводя оправдывающие доводы, вызывает такое же действие у родителей. Проведение контрольного тест они считают не нужным, ведь для отрицательного результата есть конкретные причины и объяснения. Родителей, получивших разъяснение подобного рода, очень трудно убедить позднее в необходимости проведения контроля для их ребенка. Хороший специалист должен разъяснить родителям весь спектр возможных вариантов и необходимость своевременного и квалифицированного контроля.

**Служба отслеживания.**

Задачей службы отслеживания является дальнейшее сопровождение детей после выписки из родильных медицинских учреждений до прохождения ими в случае необходимости повторного контрольного скрининга или диагностики. Речь идет о детях, покидающих родильное отделение без положительного результата на оба уха (односторонний отрицательный скрининг в большинстве случаев больше не отслеживается). Отслеживание необходимо, потому что родители на отрицательный результат реагируют совершенно по-разному. Такое поведение родителей частично можно объяснить, потому что „сообщения о патологии“ в психологической связке родители-ребенок принципиально допускаются очень плохо. Тот факт, что без механизма отслеживания только 50% родителей приносят своего ребенка на контрольный тест, дает представление о том, как часто у родителей включается механизм психологической защиты, и они просто вытесняют мысли по этой тематике после выписки из роддома. Через письма-напоминания и телефонные звонки родителям дается понять о необходимости проведения контроля органа слуха в соответствующем специализированном медицинском учреждении. Эта работа должна выполняться региональными координирующими инстанциями систематически, по отработанной схеме.

**Контрольно-диагностический этап.**

Под контрольно-диагностическим этапом понимается перепроверка отрицательных результатов скрининга при помощи диагностических средств. Для этого в специализированных медицинских учреждениях существуют различные методики, специально направленных на диагностирование детских нарушений слуха. Качество диагностики и терапии в большой мере зависит от квалификации и опыта работы специалистов. Как правило, в этом же учреждении начинаются терапевтические мероприятия по раннему вмешательству и определяются их цели.

Конфирмационную (подтверждающую) диагностику выполняют врачи оториноларингологи или аудиологи-педиатры, специализирующиеся на детской диагностике. Так как дети не могут активно сотрудничать при определении диагноза, то для выяснения вида, локализации и степени патологии слуха применяются различные методы измерения. Термин „педиатрическая аудиология“ уместен, если наряду с аудиометрическими методами во внимание принимаются причины и лечение, медицинское сопровождение и слухопротезирование, а также речевое развитие детей с нарушением слуха. Проверка слуха у детей должна выполняться опытными специалистами, чтобы избегать как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. Важнейшими методами обследования можно назвать регистрацию отоакустических эмиссий по диагностическому методу, частотноспецифичную аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам мозга, тимпанометрию в высоких и низких диапазонах звука, а также рефлекторную аудиометрию младенцев.

Для дифференцированной диагностики необходимо также выяснить возможные причины заболевания (этиологию), сделать прогноз и составить план терапевтических мероприятий. Контрольнодиагностический этап может и должен следовать непосредственно после проведения повторного контрольного скрининга. Диагноз может быть установлен в первые недели жизни ребенка. Раннее вмешательство и реабилитация могут быть начаты своевременно. До завершения 3-месячного возраста все дети должны быть продиагностированы!

**Начало терапии.**

Слухопротезирование и терапия детских нарушений слуха претерпели кардинальные преобразования в связи с прогрессом в области медицины и техники. Современные слуховые аппараты и, в особенности, кохлеарные имплантаты (КИ) дают возможность войти в мир звуков даже детям с глухотой или высокой степенью тугоухости.

Принципиально слухоулучшающие операции или слухопротезирование можно проводить в раннем детском возрасте, начиная с 2-месячного возраста. Слухоулучшающие операции особенно принимаются во внимание для детей с врожденными расщелинами, например, расщелинами губы, челюсти и неба. В таких случаях часто необходимо проведение раннего шунтирования барабанной полости для вентиляции среднего уха, т.к. нарушенная функция неба препятствует нормальной вентиляции среднего уха. Двухсторонняя непроходимость слуховых проходов в рамках ушных аномалий оперируется в более старшем детском возрасте и требует слухопротезирования слуховыми аппаратами костной проводимости.

Слухопротезирование таких маленьких детей ставит особые требования к техникам-акустикам слуховых аппаратов, специалистам по раннему вмешательству и медицинскому персоналу. Если слухоречевое развитие ребенка значительно отстает или полностью отсутствует, несмотря на слухопротезирование, то может потребоваться кохлеарная имплантация (КИ), имплантирование электронного протеза внутреннего уха. Этот протез, имплантируемый под кожу головы, через электрические импульсы посылает прямое раздражение слухового нерва, из которого мозг спустя некоторое время тренировки производит слуховые впечатления, даже если ребенок до этого никогда не слышал. КИ приносит результаты, если причина практической глухоты лежит во внутреннем ухе, что показательно для большинства случаев, и если сохранен слуховой нерв. Этот метод терапии, посредством которого практически глухие дети могут слышать, тем успешнее, чем раньше он реализуется.

Слухопротезирование слуховыми аппаратами и КИ представляет из себя только одну часть вмешательства в рамкам многолетнего сопровождения глухого или слабослышащего ребенка, иногда даже с множественными пороками развития, и его родителей. За слухопротезированием следует интенсивная слухоречевая абилитация. Наряду с профессиональным сопровождением специалистов важную роль играет подключение родителей в терапевтический процесс.

**2.4. Заключение.**

Аудиологический скрининг новорожденных улучшает шансы на раннее диагностирование ребенка с врожденным нарушением слуха и, таким образом, на своевременное проведение раннего вмешательства. Особенно в европейских странах необходимость программы неонатального скрининга слуха не должны подвергаться дискуссии. Медицинские и технические возможности скрининга достаточно хорошо исследованы и постоянно развиваются далее. Программы аудиологического скрининга новорожденных экономически относительно малозатратны и могут охватывать всех новорожденных без исключения. При раннем выявлении и лечении нарушений слуха эти дети получают равные шансы на развитие, получение образования и профессии, как и дети, рожденные с нормальным слухом.

**Лекция 2. Педиатрическая аудиология и диагностика.**

**Введение**

**Глава 1. Что значит потеря слуха.**

* 1. Нормальный слух и слух при нарушении функции.
	2. Диапазон слуха человека.
	3. Различные степени и проявления способности к слуховому восприятию. Заключение.

**Глава 2. Как мы можем выяснить, что слышат дети раннего и младшего возраста.**

2.1. Диагностика слуха на 1-ом и 2-ом годах жизни.

2.2. Подбор слуховых аппаратов в первые годы жизни ребенка.

2.3. Заключение.

**Глава 3. Руководство для оказания поддержки слухового восприятия у ребенка с нарушением слуха.**

3.1. Основные этапы развития слухового восприятия.

3.2. Развитие слухового восприятия у ребенка с нарушением слуха.

3.3. Как прослеживать развитие слухового восприятия и определять, на верном ли Вы пути.

3.4. Заключение.

**Глава 4. Акустические рамки в раннем детстве.**

4.1. Факторы, влияющие на разборчивость речи в закрытых помещениях.

4.2. Мероприятия по оптимизации.

* Улучшение акустики помещения.
* Система FM.
* Окружающая среда, побуждающая к слуховому восприятию.

4.3. Заключение.

**Введение.**

**Цель обучения:** ознакомить читателей, как определить у ребенка в возрасте от 0 до 3 лет, насколько хорошо он слышит и, соответственно, что именно он слышит; способствовать пониманию того, насколько важно хорошее слуховое восприятие для общего развития ребенка.

Сначала будет дана информация, как функционирует нормальное слуховое восприятия, в каких диапазонах возможно слуховое восприятие у нормально слышащих людей, какие диапазоны не слышны при нарушении слуха и чего можно достичь при использовании современных технических средств слухопротезирования.

Затем будут перечислены трудности, существующие в настоящее время относительно диагностики и слухопротезирования детей в первый и во второй годы жизни, и представлены меры, как с ними справляться. Для того, чтобы судить об эффективности слуховых аппаратов, необходимо документировать и оценивать раннее развитие слухового восприятия. Поэтому нами будут показаны основные этапы развития слухового восприятия и представлены методы, с помощью которых из педагогической практики и повседневной жизни ребенка можно получить ответную информацию о его способности слышать. Наряду с индивидуальными факторами ребенка с нарушением слуха, для овладения слуховым восприятием также важны акустические условия, при которых проходит развитие. Здесь будет разъяснено, какой должна быть слухоразвивающая среда, и каким образом ее можно создать.

**Глава 1. Что значит потеря слуха.**

**Цели обучения:**

* знать, в каких объемах слуховое восприятие возможно;
* понимать, что значит потеря слуха;
* распознавать, какие диапазоны слышимы без слухового аппарата и какие – со слуховым аппаратом.
	1. **Нормальный слух и слух при нарушении функции.**

**Нормальный слух.**

**Анатомия и физиология уха.**

Анатомически ухо подразделяется на наружное, среднее и внутреннее ухо. Наружное ухо охватывает ушную раковину и слуховой проход. Оно служит в качестве рупора для звуковых сигналов. В ушной раковине звук улавливается и направляется в слуховой проход. Там он ударяется в барабанную перегородку и приводит ее к колебаниям. Эти колебания передаются через цепь слуховых косточек (молоточек, наковальню и стремя) к внутреннему уху. Этот процесс называется воздушной проводимостью.

Другой вариант передачи звука происходит по пути костной проводимости. При этом звуковые волны ударяются в черепную кость (височную) и поступают непосредственно во внутреннее ухо. Поступившие во внутреннее ухо колебания передаются дальше в виде колебаний жидкости в улитке. Наружные волосковые клетки воспринимают эти колебания и проводят их далее к внутренним волосковым клеткам. При этом реснички волосковых клеток выводятся из состояния покоя, что приводит к изменению напряжения в клетке, эти импульсы стимулируют слуховой нерв, и через него информация о звуковых событиях передается в центры восприятия коры головного мозга. И лишь там происходит распознавание и анализ услышанного через сравнение с приобретенным слуховым опытом. Следовательно, мы слышим не ушами, а мозгом.

**Формы проявления нарушений слуха.**

Чтобы акустический сигнал был услышан и распознан, должен обеспечиваться ряд условий:

* звук должен передаваться к внутреннему уху;
* звук должен преобразовываться в электрические импульсы, которые передаются далее;
* сигнал должен обрабатываться на уровне центральной нервной системы.

В каждом из этих отдельных разделов могут встречаться нарушения. В основном различают три вида нарушений слуха: нарушение звукопроведения (кондуктивная тугоухость), нарушение звуковосприятия (сенсоневральная тугоухость) и смешанная тугоухость. Кроме этого, по локализации нарушения слуха подразделяются на периферические или центральные нарушения и обозначаются как кохлеарные, ретрокохлеарные нарушения, аудиторная нейропатия или как слуховые нарушения восприятия и звукообработки.

**Кондуктивная тугоухость.**

Причина нарушений звукопроведения находится в области наружного или среднего уха.

Возможными причинами могут быть:

|  |  |
| --- | --- |
| Наружное ухо | * травмы, серные пробки (лат. Cerumen);
* инородные тела в слуховом проходе,
* анатомические дефекты, например, отсутствие наружного уха, аномалии слухового прохода (стеноз/атрезия слухового прохода).
 |
| Среднее ухо | * нарушение вентиляции.
* воспаления среднего уха (средний отит):

- катар среднего уха; - острые воспаления среднего уха; - хронические воспаления среднего уха. * отосклероз;
* аномалии развития цепи слуховых косточек;
* травмы барабанной перепонки и среднего уха.
 |

Наиболее частой причиной кондуктивной тугоухости у детей младше 8 лет является воспаление среднего уха. Остановимся на этом поподробнее. Примерно 15-20% всех детей в возрасте от 2 до 5 лет хоть однажды перенесли воспаление среднего уха. Это приводит к временной потере слуха, которое очень важно распознать, потому что даже легкие кратковременные нарушения слуха в чувствительные фазы могут оказать отрицательное воздействие на слухоречевое развитие ребенка.

Воспаление среднего уха возникает, если евстахиева труба не в состоянии вентилировать среднее ухо в достаточной мере, что часто случается при инфекциях в полости рта и носоглотки. Вследствие этого затруднен отток жидкости, скапливающейся в среднем ухе. У очень маленьких детей проблема еще и в том, что удовлетворительная вентиляция и отток жидкости затрудняются из-за узости и относительно частого горизонтального положения евстахиевой трубы. Отсутствие вентиляции барабанной полости на протяжении длительного времени приводит к снижению тимпанального давления по сравнению с атмосферным, т.е. и с давлением в наружном слуховом проходе. Барабанная перепонка вдавливается внутрь, а цепь слуховых косточек теряет подвижность. Дети с хроническими выпотами в среднем ухе теряют слух, каждый день слухопотеря меняется и даже может быть выражена по-разному на обоих ушах. Такое ненадежное слуховое впечатление может оказать воздействие на созревание центрального слухового канала, также оно называется как одна из возможных причина в связи с нарушениями слухового восприятия и звукообработки. Низкое давление в среднем ухе можно определить при помощи тимпанометрии. Прежде чем начать диагностику и терапию слуха, необходимо провести санацию воспаления среднего уха (лечение антибиотиками, дренаж барабанной полости). Для всех форм кондуктивной тугоухости характерным является, что нарушено воздушное звукопроведение к внутреннему уху, костное же звукопроведение при этом не затронуто. Это приводит к тому, что звуки, шумы и речь воспринимаются приглушенно, дальность слухового восприятия значительно снижается. Максимальная потеря слуха составляет 70 – 80 дБ. Качество звуковых событий не меняется. Понимание речи ограничено, но при соответственном усилении громкости в целом возможно. Разборчивость речи значительно снижается в области неударных слогов, восприятие просодических особенностей в основном сохраняется. Контроль собственного говорения происходит через костную проводимость. Для терапии кондуктивной тугоухости первоначально необходимо провести медицинские мероприятия по санации в области наружного и среднего уха, а затем, как второй этап лечения, проводится слухопротезирование. Санация включает в себя медикаментозное лечение в рамках устранения инфекции, а также хирургическое вмешательство. При слухопротезировании используются слуховые аппараты (заушные слуховые аппараты, имплантируемые слуховые системы) или аппараты костной проводимости. При достаточном усилении хорошее восприятие речи возможно.

**Сенсоневральная тугоухость**.

Нарушение слуха вследствие аномалии развития, травмы или заболевания, локализированное в области внутреннего уха, звукопроводящих нервных каналов и/или церебральной системы звукообработки мозга, называется тугоухостью звуковосприятия. При тугоухости звуковосприятия нарушено преобразование акустического (механического) раздражения в нейронные импульсы, а также дальнейшая передача этих импульсов. В 98% всех случаев причина тугоухости звуковосприятия лежит в области улитки (кохлеа), ретрокохлеарные нарушения слуха относительно редки, поэтому такие названия как „тугоухость внутреннего уха“ или „сенсоневральная тугоухость“ также широко используются как синонимы.

Сенсоневральная тугоухость может проявиться в любом возрасте. Возможными причинами нарушения звуковосприятия являются:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Пренатально** | **Перинатально** | **Постнатально** |
| 1. Тугоухость у близких родственников. 2. Краснуха, перенесенная матерью во время беременности (до 6-го месяца). 3. Инфекция цитомегалии. 4. Эмбриональные инфекции. 5. Дефекты развития в области головы. 6. Хромосомная аберрация. | 1. Кислородное голодание. 2. Родовая травма. 3. Мозговое кровоизлияние.4. Оценка по шкале Апгар на 5-ой мин. – ниже 5 баллов. 5. Величина рН ниже 7,2.6. Вес при рождении ниже 1500 г. 7. Реанимационные процедуры. 8. Тяжелая форма желтухи новорожденного. | 1. Менингит, энцефалит. 2. Вирусные заболевания (свинка, корь). 3. Воспаления среднего уха. 4. Ототоксическая терапия. 5. Черепно-мозговые травмы. 6. Церебральные нарушения двигательного аппарата. 7. Возрастная тугоухость. 8. Синдром Меньера. 9. Акустическая травма (вызванная звуками чрезмерной силы или продолжительности). 10. Внезапная потеря слуха. |

Тогда как в здоровом внутреннем ухе более 15 000 волосковых клеток обеспечивают трансформацию механической энергии в электрические импульсы, при тугоухости внутреннего уха многие волосковые клетки повреждены, и электрические импульсы могут трансформироваться только в тех местах, где сохранились здоровые волосковые клетки. Если произошло полное разрушение волосковых клеток, то даже самый мощный слуховой аппарат ничем не поможет, так как он может усиливать громкость только там, где еще могут вызываться действующие потенциалы. В этом случае единственной возможностью заменить вышедшую из строя функцию разрушенных волосковых клеток является введение пучка электродов в улитку в форме кохлеарного имплантата для электрической стимуляции слухового нерва.

Слуховое впечатление при тугоухости звуковосприятия нарушено по многим аспектам. Как и при кондуктивной тугоухости, наблюдается потеря интенсивности, т.е., в зависимости от масштабов слухопотери, все слуховые события воспринимаются тише. Разборчивость речи затруднена, особенно в среде с посторонними шумами. Кроме этого, ограничены частотный диапазон и временная разрешающая способность. Так как обычно волосковые клетки повреждены не равномерно, то некоторые частоты не передаются совсем, а другие передаются лишь частично. В основном высокие частоты затронуты больше, чем низкие. Вследствие этого слуховые впечатления искажены и отрывочны. Слух „расстроен“. Временное разрешение тоже может быть нарушено. Высокие тихие тоны перекрываются при этом низкими громкими, резонирующими слишком долго. Речь слышна, но не всегда разборчива. Динамический диапазон ограничен с обеих сторон (порог слышимости и дискомфорта). Восприятие речи, как чужой, так и своей, сильно ограничено.

**1.2 Диапазон слуха человека.**

Чтобы понять, какие ограничения связаны с нарушением слуха, для начала рассмотрим, в каких диапазонах возможно слуховое восприятие человека. Наше ухо способно слышать частоты (т.е. высоты звука) в диапазоне примерно от 20 до 20 000 Гц. Единицей измерения частоты является герц (Гц) и, соответственно, килогерц (кГц), получивший свое название в честь ученого-физика Генриха Рудольфа Гертца.

Обозначение Гц применяется при определении частоты колебаний/периодов за единицу времени. Один Гц означает одно синусоидальное колебание в 1 секунду, 250 Гц – 250 колебаний в секунду и 4000 Гц – 4000 колебаний в секунду. С музыкальной точки зрения удвоение числа колебаний дает в результате разницу в одну октаву. С возрастом способность слухового восприятия прежде всего снижается в диапазоне высоких частот. Речь охватывает частотный диапазон от 125 Гц до 8000 Гц, причем основной речевой диапазон лежит между 500 Гц и 4000 Гц. Частоты речевых звуков варьируются при этом от низкочастотных гласных и сонорных согласных, как, например, [о] – [у] и [н] – [м] до высокочастотных согласных [ф], [ш] или [с].

Кроме этого, наш орган слуха способен обрабатывать звуки от экстремально тихих (например, шелест ветра в поле) до экстремально громких (например, гром в небе). Такая большая динамика органа слуха соответствует разнице от 1 до 1 миллиона (для сравнения: 1 грамм в соотношении с 1 тонной). Для упрощения в работе в акустике и аудиометрии применяется шкала с единицей измерения акустического давления в децибелах (децибел = 1/10 бел), названной в честь американского ученого Александра Грэхема Белла (1847-1922 г.г.). Восприятие громкости субъективно и зависит от частоты. 0 дБ обозначает интенсивность звука, при которой хорошо слышащий человек начинает воспринимать звук, передаваемый через наушники. Это обозначается как порог слышимости (порог от диапазона неслышимого в диапазон слышимого). В норме он лежит от 0 до 10 дБ. Порог болевого ощущения лежит в рамках 130 – 140 дБ, порог дискомфорта (UCL) – около 110 дБ. Диапазон между порогом слышимости и порогом дискомфорта обозначается как слуховое поле. Ось Х показывает различную высоту звука в герцах (Гц), ось Y слева снизу вверх – громкость в децибелах (дБ). На диаграмме нанесены различные источники звука и отмечено, на каких частотах и с каким уровнем громкости они производятся. Аналогично выполнено и для речи, которая охватывает диапазон частот приблизительно от 500 до 4000 Гц, и уровни громкости между 30 и 60 дБ. Речь нормальной громкости имеет уровень примерно в 65 дБ. На оси Y с левой стороны отмечены параметры нормального слухового восприятия, а также, как изменяются пороги слуха при легкой, средней и высокой степенях потери слуха и остаточном слухе. Диаграмма показывает слуховое восприятие без применения слуховых аппаратов. Аналогично этому посредством компенсированной кривой (= порог слышимости со слуховыми аппаратами) тональной аудиограммы можно показать, какие диапазоны сдвигаются в воспринимаемые при помощи средств слухопротезирования. Решающей является способность слухового восприятия, достигаемая с помощью слуховых аппаратов.

**1.3 Различные степени и проявления способности к слуховому восприятию.**

В зависимости от параметров интенсивности и частотности, нарушения слуха можно разделить на пять основных групп:

* нормальной способности к слуховосприятию говорят, когда средняя потеря слуха на лучшем ухе составляет не более 20 дБ. При этом за основу берутся данные по частотам в 500, 1000 и 2000 Гц и делятся на 3;
* тугоухость легкой степени имеет место при потере слуха до 30 дБ;
* при средней потере слуха от 30 дБ до 60 дБ говорят о тугоухости средней степени;
* при средней потере слуха в 60-90 дБ - о тугоухости тяжелой степени;
* при потере слуха от 90 дБ речь идет о степени тугоухости, граничащей с глухотой, и о глухоте.

При овладении звуковой речью особенно важен частотный диапазон 500 – 4000 Гц. Отдельные звуки речи складываются из разных частот. Если какие-то частоты слухом не воспринимаются, то возникает искаженный, отрывочный слух. По линии прохождения кривой частично можно определить, какие звуки речи воспринимаются и идентифицируются слухом. Гласные находятся в частотном диапазоне между 250 и 2400 Гц, согласные же покрывают диапазон частот между 250 и 8000 Гц. Это объясняет, почему многие люди с нарушением слуха, имеющие кривую слуха до 3000 Гц, более или менее могут распознавать гласные звуки, в то время как многие согласные звуки, например, щелевые (так называемые „шипящие“ – [ф], [с], [ш]) находятся уже вне зоны их слышимости. Одной из главных задач слухопротезирования и кохлеарной имплантации является наиболее полное достижение к слуховосприятию частот, релевантных для понимания речи. Очень важно донести так речевой сигнал до уха ребенка, насколько только это возможно. Однако насколько хорошо воспринимается и, прежде всего, понимается языковая речь и используется остаточный слух, зависит не только от размеров потери слуха. Так, дети с практически идентичными кривыми слуха на тональных аудиограммах показывают очень сильные различия в восприятии речи. Воздействия различных видов нарушений слуха на развитие ребенка в разные фазы развития очень индивидуальны и сильно отличаются. Поэтому очень важно создать себе представление о способности ребенка к слуховосприятию, а не о его потере слуха. Благодаря раннему выявлению, современной акустической технике и профессиональному слухонаправленному раннему вмешательству, слабослышащие и глухие дети по медицинским показаниям могут стать слышащими глухими детьми и овладеть языковой речью через слух естественным образом.

**1.4. Заключение**.

Слух – это чудо природы. Человек способен слышать звук в пределах от 20 до 20 000 Гц. Порог слышимости нормально слышащего человека лежит между 0 и 10 дБ, порог дискомфорта – около 110 дБ. Нормально слышащий человек без труда воспринимает тихие звуки. При тугоухости порог слышимости сдвигается к большей громкости. В зависимости от степени и течения нарушения слуха происходит пересечение порогом слышимости речевого диапазона. Те звуки речи, которые находятся на аудиограмме выше порога слышимости, при нормальной громкости говорения больше слухом не воспринимаются. Для овладения языковой речью важно добиться при помощи слуховых аппаратов слуховосприятия по возможности всех частот, релевантных для звуков речи. Как затем будут развиваться слуховосприятие и речь, будет зависеть от многообразия учебных процессов, для которых при помощи слуховых аппаратов будут созданы хорошие исходные предпосылки.

**Глава 2. Как мы можем выяснить, что слышат дети раннего и младшего возраста.**

**Цели обучения:**

* знать, какие существуют проблемы при диагностике и подборке слуховых аппаратов в первые годы жизни ребенка;
* уметь правильно аргументировать, почему слухопротезирование необходимо проводить как можно раньше;
* знать, как определять способность к слуховосприятию у детей раннего и младшего возраста в повседневной жизни.

**2.1. Диагностика слуха на 1-ом и 2-ом годах жизни.**

Благодаря возрастающему признанию аудиологического скрининга новорожденных, дети, которым проводится полное аудиологическое диагностирование и последующее слухопротезирование, становятся все младше. Соответственно, необходимо принимать во внимание связанные с этим особенности (например, особые анатомические условия, значение созревания слухового пути, субъективные слуховые реакции, трудно поддающиеся оценке). Эти особенности являются важными аспектами в работе по раннему вмешательству и при консультировании родителей.

Аудиометрия для детей по некоторых пунктам значительно отличается от аудиометрии для взрослых. Способность к устойчивому вниманию и кооперации у детей по сравнению со взрослыми значительно ограничены. Дети устают быстрее, чем взрослые, и быстрее теряют интерес при процедуре измерения слуха. Поэтому, если ребенок не реагирует, это не всегда означает, что он не слышит. Следовательно, особенно важным является так организовать рамочные условия проведения аудиометрии, чтобы она была успешной даже при отягченных обстоятельствах. Это значит, к примеру, гибкое обращение с ритмом детских фаз бодрствования и сна. При помощи соответствующего педагогического ноу-хау можно добиться такой мотивации грудных и малолетних детей, что – по крайней мере на короткое время – внимание и концентрация для слухового восприятия будут достигнуты. Дети должны учиться измерениям слухового восприятия, это значит, что точное определение порога слышимости лишь в самых редких случаях можно провести в рамках одного измерения, чаще всего для этого требуются неоднократные повторы измерений. Как проведение самого измерения, так и обработка полученных данных требуют точных сведений относительно умственного и физического развития ребенка, кроме того, глубоких знаний развития слуховой функции.

В первые годы жизни слуховая функция постоянно развивается дальше, поэтому при обработке результатов аудиометрических данных обязательно следует учитывать возрастные особенности слуховых реакций.

Так, порог реакции на раздражения у новорожденного составляет около 80 дБ в открытом звуковом поле (ОЗП), с 3 месяцев – ок. 60 дБ в ОЗП, с 6-ти месяцев – ок. 40-50 дБ в ОЗП, в 1 год – ок. 30-40 дБ в ОЗП и с 3-х дет – ок. 20 дБ по воздушной проводимости.

Порог слышимости и, соответственно, порог реакции взрослого человека достигается ребенком примерно лишь в 6-тилетнем возрасте. До тех пор, пока ребенок не может давать нам вербально обратной информации относительно своих слуховых впечатлений, диагностика может осуществляться только в форме регулярных диагностических мероприятий при сопоставлении с возрастом и развитием ребенка. При этом объективные данные, такие, как, например, результаты объективной аудиометрии: регистрация отоакустических эмиссий (ОАЭ) и аудиометрия столба головного мозга (BERA, или СВП), выдают только одну часть необходимой информации. В настоящее время на основании этих двух методов можно сделать заключения о фактическом пороге слышимости лишь относительно. Сюда же добавляются данные субъективной аудиометрии, которые в этом возрасте базируются в основном на наблюдениях за поведением ребенка. Сюда же причисляются данные рефлекторной аудиометрии, поведенческой и наблюдательной аудиометрии как с визуальным поощрением, так и без него. В этом пункте важно знать, что безусловные рефлексы вызываются только при очень высоком уровне звука в 70 – 90 дБ. Так как при нейросенсорной тугоухости громкие звуки слышатся практически нормально, то при этом методе небольшая потеря слуха может остаться незамеченной, т.е. нормальные рефлексы на громкие звуки не позволяют сделать выводы относительно порога слышимости. Слуховая способность оценивается через наблюдение различных реакций ребенка на акустическую стимуляцию.

Для этого через акустическое раздражение могут вызываться, наблюдаться и регистрироваться различные рефлексы:

* рефлекс Моро (движение подрагивания руками и ногами, ребенок вытягивает руки и ноги, а потом снова подтягивает их к телу);
* кохлеопальпебральный рефлекс (сжимание век при закрытых глазах или быстрое смыкание век при открытых глазах);
* дыхательный рефлекс (за глубоким вдохом следует 5-10-секундная задержка дыхания, после которой дыхание снова нормализуется);
* рефлекс стременной мышцы.

Безусловные рефлексы новорожденных угасают в возрасте примерно 3-5 месяцев. Тогда же начинают развиваться первые ориентировочные реакции. При поведенческой и наблюдательной аудиометрии речь идет о получении репродуктивных реакций на акустические сигналы в форме изменений поведения. Реакции могут быть различными:

* изменения мимики; поворот или движение головы;
* движение глазами или бровями;
* сосательная активность: замирание или усиленное сосание;
* изменение дыхания;
* движение руками и/или ногами.

Для интерпретации результатов, полученных таким способом, специалисту необходимо обладать большим опытом. Поведенческая и наблюдательная аудиометрия так же не дает полных данных. Кривая слуха, полученная таким способом, представляет из себя скорее порог реакции, так как дети в этом раннем возрасте еще не могут сигнализировать, когда именно они услышали звук. Как правило, они показывают реакцию, только если воспринимают звук несколько громче и четче. Если ответ положительный, то это еще не значит, что у ребенка нормальный слух. Если ответа нет или он поступает со значительной задержкой, это также еще не говорит с полной уверенностью о том, что есть нарушение слуха. Поэтому в этом возрасте одних реакций на акустическое раздражение, полученных на основании рефлекторной и поведенческо-наблюдательной аудиометрии, ни для подбора слуховых аппаратов, ни для определения необходимости кохлеарной имплантации не достаточно.

Для детей дошкольного возраста тоже очень важно собирать сведения, как хорошо ребенок может использовать соответствующие остатки слуха для восприятия речи. Необходимо проверять, как ребенок слышит и воспринимает речь. Однако это возможно только тогда, когда ребенок продвинулся в своем речевом развитии настолько, что языковой материал речевой аудиометрии находится у него в словарном запасе, т.к. он должен либо повторить, либо показать на картинке, предложенной ему, то, что он услышал.

Другая возможность – это так называемый тест Линга канадского аудиолога Даниэля Линга. Этот легко проводимый тест дает очень надежные показатели. Используются 6 фонем: [ɑ], [и], [у], [с], [м] и [ш], которые различаются по своей частоте, и таким образом представляют весь частотный диапазон. Они покрывают весь спектр речи, необходимый для слухового восприятия и понимания языковой речи. Ребенок должен быть в состоянии акустически отличать эти звуки друг от друга. Ребенку называется с нормальной громкостью один звук. Расстояние до ребенка может определяться индивидуально. В зависимости от возраста и речевой компетенции, ребенок показывает, слышал ли он этот звук, просто повторяя его или показывая на соответствующую картинку. Если ребенок может хорошо различать все звуки, то можно исходить из того, что с аудиологической точки зрения он в состоянии слышать важнейшие аудитивные элементы языковой речи.

**2.2. Подбор слуховых аппаратов в первые годы жизни ребенка.**

Важным условием успешного первичного слухопротезирования детей является правильный диагноз расстройства слуха и максимально точное установление порога слышимости. Вот как раз установить достоверный порог слышимости часто становится делом достаточно трудным. Подбор слуховых аппаратов сначала должен производиться на основании неполных данных. Плюс к этому добавляется то, что слух в первые годы жизни подвержен постоянному дальнейшему развитию. Но даже если не удается достаточно точно установить у новорожденных и детей раннего возраста фактический объем нарушения слуха, слухопротезирование все равно необходимо проводить.

Дальнейшее развитие ребенка должно сопровождаться частыми диагностическими мероприятиями, результаты которых необходимо учитывать при „текущей настройке“. Подбор (настройка) является процессом, длящимся на протяжении многих месяцев. Сначала речь идет прежде всего о том, чтобы вообще получить слуховую реакцию. При этом действовать надо очень осторожно. На сеансах настройки делаются попытки расширить границы и найти наиболее оптимальную настройку, чтобы создать лучшие условия для овладения языковой речью. Благодаря современной, нелинейной технике слухопротезирования, опасность, что детскому уху будет подан слишком высокий уровень звука, на сегодняшний день не так велика, потому что громкие сигналы усиливаются значительно меньше, чем тихие. Тем самым возникает вопрос о достаточной стимуляции слухового нерва применительно к слухо-направленному овладению речью, соответствующему овладению речью нормально слышащими детьми.

При подборе и настройке у нас тоже есть объективные данные, дающие нам сведения, какими свойствами обладает слуховой прибор или КИ и как он настроен и, соответственно, запрограммирован. Однако только этого не достаточно. Дети раннего и младшего возраста с тяжелой степенью тугоухости на этой ранней фазе не с состоянии дать обратную информацию об эффективности слухопротезирования. У них нет опыта слухового восприятия для сравнения – наоборот, при помощи слуховых аппаратов они впервые учатся слышать. Здесь также могут помочь лишь дифференцированные наблюдения за поведением ребенка в различной слуховой среде в повседневной жизни. Постоянный контроль с учетом наблюдений родителей и других близких людей очень важен для пошагового достижения оптимальной настройки слухового аппарата.

В этой фазе решающее значение несет работа с родителями по разъяснению важности техники слухопротезирования, родители должны знать, что может слышать ребенок с помощью слухового аппарата и что без него. Они должны научиться обращаться с техникой, знать, что делать, если, например, слуховой аппарат начинает свистеть во время кормления ребенка. Если слуховой аппарат ребенком отвергается, то причиной тому может быть новая, непривычная ситуация или же причины, требующие срочного устранения (например, давит ушной вкладыш, воспаление или аллергия в слуховом проходе, неправильная настройка слухового аппарата). Особенно в первые недели и месяцы необходимо проведение регулярного контроля аудиологом или в клинике.

**2.3 Заключение.**

Уже на 1-году жизни диагностика слуха и слухопротезирование являются необходимостью для того, чтобы действительно эффективно использовать шансы раннего выявления через внедрение аудиологического скрининга новорожденных. Практика показывает, что в отношении раннего детства существует потребность в научных исследованиях, какими должны быть надлежащие диагностические методы для этой возрастной группы. Является несомненным, что одних лишь параметров измерений в настоящее время не достаточно, что особенно в раннем детстве, когда дети не могут сообщить нам обратные сведения о своих слуховых впечатлениях, сырые данные имеют большую значимость. Решающим является постоянное проведение поведенческой диагностики, исходя из которой оптимизируется настройка средств слухопротезирования и сопровождаются процессы развития слухового восприятия и речи, социального и коммуникативного развития.

**Глава 3. Руководство для оказания поддержки слухового восприятия у ребенка с нарушением слуха.**

**Цели обучения:**

* знать основные этапы развития слухового восприятия;
* иметь критерии, по которым можно документировать развитие слухового восприятия ребенка с нарушением слуха;
* понимать, как можно оценивать результаты слухопротезирования и раннего вмешательства, используя протоколы развития.

**3.1. Основные этапы развития слухового восприятия.**

Как развивается функция слуха, как из функционального слуха возникает понимающие слуховое восприятие – это не только цепочка процессов созревания, но и, прежде всего, зависит от того, предлагаются ли в нужные временные периоды нужные обучающие материалы. Для того, чтобы уметь оценить процесс развития слухового восприятия у ребенка с нарушением слуха, очень важно иметь перед глазами, как протекает развитие функции слуха у нормально слышащего ребенка.

У нормально слышащих детей развитие слуха начинается уже в первые четыре месяца беременности. У детей с доречевой тугоухостью этот ранний слуховой опыт, по всей видимости, отсутствует. Особенно в первый и второй годы жизни в физиологическом созревании слухового пути происходят важные процессы, которые являются предпосылкой для развития нормального слухового восприятия и аудитивной обработки.

До 5-месячного возраста ребенок не всегда дает непосредственный ответ на громкую речь, если она поступает извне его поля зрения. Может быть и так, что ребенок реагирует на слуховое событие только один или два раза, а позже на то же слуховое событие реагировать не будет. Сначала ребенок начнет воспринимать и открывать, что существует акустическое окружение, а потом будет все больше обращать внимание на слуховые впечатления. Он может притихнуть на короткое время, перестать двигаться и прислушаться. Он делает различие между восприятием звука и тишиной. С 3месячного возраста ребенок может уже в большом объеме воспринимать более слабое звуковое раздражение. Особое значение на этом этапе несут голоса родителей. На этой ранней стадии нормально слышащий ребенок тоже не знает, что у звуков и шумов есть смысловое значение. Примерно с 6месячного возраста нормально слышащий ребенок в состоянии поворачиваться к источнику звука. Он начинает искать источник шума и звука. Способность к локализации звуков имеет важное значение для пространственного слухового восприятия и образует один из основных этапов в слуховом развитии ребенка. С 6-месячного возраста ответы ребенка становятся более внятными и вразумительными. Он показывает заинтересованность музыкой. Ребенок открывает свой собственный голос, а в 9-месячном возрасте он уже может различать голоса близких ему людей. Он узнает различные шумы и звуки повседневной жизни и соответственно реагирует на них. Он распознает просодические средства языка, такие как долгота и краткость, высота тона, различная громкость, ритм и ударение. Он прислушивается, если с ним заговаривают.

Следующим этапом развития является способность различать равенство и отличие двух или более языковых высказываний, т.е. ребенок должен научиться принимать во внимание последовательность языковых высказываний. На данном этапе развитие слухового восприятия тесно взаимосвязано с развитие языка и речи. Ребенок приобретает способность повторять название предметов, показывать на называемый предмет, выполнять поручения. Он может распознавать и различать звуки речи, идентифицировать слова с различным количеством слогов, а также слова с одинаковыми гласными, но разными согласными, и наоборот. Он понимает поручения и просьбы ежедневного обихода, выражения, часто употребляемые в своей семье (например, показывает на части тела, если его об этом просят). Он понимает простые задания и вопросы (например, „Дай мне мяч!“, „Поцелуй куклу!“, „Где твой ботинок?“).

**3.2. Развитие слухового восприятия у ребенка с нарушением слуха.**

Ребенок с нарушением слуха проходит те же этапы, что и нормально слышащий ребенок. Чтобы не требовать от слабослышащего ребенка слишком много или, наоборот, слишком мало, важно знать, на какой стадии находится ребенок сейчас и какой следующий шаг в развитии нужно ожидать. Только тогда можно ставить вопрос о том, как достичь этот шаг. В этой взаимосвязи решающую роль играет не столько хронологический возраст ребенка, сколько его слуховой возраст. Слуховой возраст означает период с начала первой подборки слухового аппарата и, соответственно, с первого программирования речевого процессора. Например, у годовалого ребенка, прошедшего слухопротезирование или кохлеарную имплантацию в 6-месячном возрасте, слуховой возраст составляет примерно 6 месяцев. Как быстро ребенок начнет слышать и научится распознавать языковую речь через ухо, как быстро он начнет сам развивать языковую речь, зависит от многих индивидуальных факторов.

Часто, когда ребенок получает слуховые аппараты, родители ожидают быстрых результатов. Они надеются, что ребенок сразу же примет слуховые аппараты, что они сразу же увидят заметные реакции. Слуховые аппараты или КИ дают ребенку возможность для качественного хорошего слухового восприятия, но ребенок еще не может однозначно распознать, что он слышит и откуда идет звук. Смысловое значение услышанного становится понятным только в связи с действием, объектами и субъектами. При этом очень важно чутко замечать самые маленькие шаги в слуховом развитии, всячески поощрять любую слуховую реакцию ребенка, если он прислушивается, реагирует на источник звука, поворачивается, подражает. Родители и специалисты должны поверить, что ребенок с нарушением слуха может научиться слышать, если будут приняты во внимание все аспекты, перечисленные выше.

**3.3. Как прослеживать развитие слухового восприятия и определять, на верном ли Вы пути.**

На сегодняшний день, благодаря аудиологическому скринингу новорожденных, нарушения слуха могут выявляться и лечиться своевременно (см. модуль 1). Выполнено ли слухопротезирование в достаточном объеме или оно должно быть оптимизировано, необходимо ли проведение кохлеарной имплантации – об этом можно судить только тогда, когда слуховое развитие тщательно

документируется. Очень важно дать в руки родителей, нянь и воспитателей критерии, по которым они смогут распознавать ответы ребенка на аудитивное раздражение, и от чего они зависят. Чтобы увидеть, на какой ступени слухового развития находится ребенок, и продвигается ли развитие вперед или остановлено, существует целый ряд опросников, большей частью представленных на нескольких языках. В этих опросниках задаются вопросы родителям, няням, воспитателям и педагогам - специалистам в роли наблюдателей, чтобы получить целенаправленные ответы по слуховым реакциям и слуховому поведению ребенка и таким образом задокументировать основные этапы его слухового развития. Заполнять протоколы не является задачей воспитателей. Но они должны знать, что такие методы существуют, и следить за тем, чтобы родители и специалисты тщательно ими пользовались.

**3.4. Заключение.**

Дети с нарушением слуха проходят те же ступени развития слухового восприятия, что и нормально слышащие дети, однако не обязательно в том же хронологическом возрасте. Знания последовательности развития очень полезны для того, чтобы уметь правильно оценить, каким будет следующий шаг в развитии. Качественная регистрация развития слухового восприятия базируется в основном на сведениях из повседневной жизни ребенка и его слухового поведения в самых различных ситуациях. Опросные листы и протоколы развития вносят решающий вклад по оценке средств слухопротезирования и мероприятий раннего вмешательства в возрасте от 0 до 3 лет.

**Глава 4. Акустические рамки в раннем детстве.**

**Цели обучения:**

* знать факторы, влияющие на разборчивость в закрытых помещениях;
* понимать, почему для слабослышащего ребенка плохая акустика в помещениях создает гораздо большую нагрузку, чем для нормально слышащего человека;
* знать возможности оптимизации и уметь применять их в зависимости от ситуации.

**4.1. Факторы, влияющие на разборчивость речи в закрытых помещениях.**

Среда, в которой ребенок воспринимает речь, не всегда идеальная. Звуки и шумы окружающей среды могут очень сильно затруднять понимание при восприятии речи, иногда даже делать его невозможным. Акустика помещения в большой мере способствует тому, как воспринимается услышанное и как оно презентуется головному мозгу. Поэтому создание благоприятных условий является особенно важным. Акустические условия в окружающей обстановке особенно оптимальны, когда звуки, музыка или речь хорошо слышимы и различаемы в различных ситуациях. Мешающие звуки, отдаленность и реверберация (послезвучие, эхо) – это те факторы, которые сильно мешают и препятствуют слуховому восприятию и разборчивости речи, чаще всего они проявляются в комбинированной форме.

**Мешающие звуки.**

Маленькие дети часто находятся в обстановке, которая редко когда бывает абсолютно спокойной. Даже если в помещении никого нет, в помещении всегда присутствует определенный уровень шума. Если же в помещении находятся сразу несколько человек, то интенсивность шумового фона резко возрастает. В домашней обстановке добавляются и другие мешающие шумы, исходящие от звуконосителей, телевизора, отопления, туалетного бачка, кондиционера, вентиляторов, громкие звуки с оживленной улицы, поступающие из открытого окна или окна с плохой звукоизоляцией, и т.д. Если в квартире или в комнате находятся несколько детей, очень быстро возникает более высокий звуковой уровень из-за шумов, производимых игрушками или самими детьми, которые говорят, кричат, зовут, плачут, смеются и т.д. Подобная ситуация возникает и в детском саду.

Чтобы хорошо понимать речь, уровень шумового фона не должен превышать 45 дБ. В реальности этот параметр часто лежит между 60 и 80 дБ. Такой шум соответствует уровню шума на улице с сильно оживленным движением. Такая ситуация создает для слабослышащего ребенка особенно большую нагрузку, потому что для того, чтобы хорошо понимать речь, ему необходимо разделять полезный сигнал от мешающего звука еще лучше, чем нормально слышащему человеку.

Например: если средний уровень шумового фона в помещении составляет 55 дБ (что соответствует тихому разговору взрослых), а средний уровень полезного сигнала, например, голос матери или воспитательницы – 65 дБ (что соответствует обычной речи нормальной громкости), то мы имеем в наличии соотношение полезного сигнала к шумовому фону в +10дБ. Это значит, что полезный сигнал на 10 дБ громче шумового фона, в некоторых местах помещения может быть даже на 5 или 0 дБ. Однако для слабослышащего ребенка оптимальным соотношением полезного сигнала к шумовому фону является как минимум +15-20 дБ, т.е. полезный сигнал должен быть громче шумового фона на 15-20 дБ.

**Отдаленность.**

Чем больше расстояние между источником звука и слушателем, тем слабее поступающая звуковая энергия, т.е. тем ниже громкость звука. Существует практическое правило, что при удвоении расстояния интенсивность голоса говорящего снижается на 6 дБ.

Например: Если говорящий говорит с нормальной громкостью, то интенсивность с удаленностью в один метр составляет ок. 65 дБ, в два метра – 59 дБ, в четыре метра – 53 дБ и т.д. Дети, сидящие рядом с говорящим, смогут хорошо воспринять примерно 80% сказанного. Дети, находящиеся от говорящего на большем расстоянии, возможно, услышат лишь 60%. В домашней обстановке это становится явным, когда слабослышащий ребенок понимает каждое слово, сидя на коленях у матери и рассматривая вместе с ней книжку с картинками. Но если мать находится на кухне, где работает посудомоечная машина, а ребенок играет в детской комнате на другом конце квартиры, то слабослышащий ребенок даже с самыми лучшими цифровыми слуховыми аппаратами или КИ полностью не поймет, что ему говорит мать, скорее всего, он сможет только уловить, когда его будут звать. В детском саду это видно на таком примере: когда дети сидят в кругу, то у тех детей, которые сидят рядом с воспитателем, значительно лучшие шансы услышать речь воспитателя в полном объеме. Цифровые слуховые системы и КИ делают многое доступным для слухового восприятия, однако дальность действия микрофонов этих приборов все же ограничена. Поэтому их эффективность при большой отдаленности и на шумовом фоне, как и прежде, имеет свои границы.

**Эхо (реверберация).**

Реверберация (эхо, послезвучие) возникает вследствие повторного отражения звука и передает акустические параметры любого помещения. Время реверберации способствует тому, что звуковые события в закрытом помещении остаются воспринимаемыми долгое время. Часть звуковых волн поступает непосредственно в ухо, однако большая часть, в зависимости от качеств материала, отражается от стен, потолка и пола или поглощается ими. В каком объеме отражается или поглощается звук, зависит от акустики в соответствующем помещении.

Если в помещении слишком сильная реверберация и, соответственно, слишком длительное время реверберации, то даже у хорошо слышащего человека будут проблемы с хорошим восприятием речи. Каждый знаком с ситуацией на вокзалах, когда по громкоговорителю передаются объявления, или с ситуацией при переезде на новую квартиру, когда она еще не обставлена и полностью пустая. При длительном времени реверберации во время говорения последующие слоги, резонирующие слишком долго, перекрываются предыдущими слогами. Высокочастотные согласные поглощаются быстрее, т.е. они воспринимаются хуже, чем низкочастотные гласные. Это приводит к искажению речевого сигнала, что ухудшает разборчивость речи. Дополнительно к этому, при длительном времени реверберации нежелательные звуки, такие как кашель, сдвигание стульев, стук кубиков и т.д., остаются в помещении слишком долго, что влечет за собой общее повышение уровня шумового фона.

Современная наука говорит о том, оптимальное время реверберации для помещений, в которых в речевой коммуникации принимают участие люди с нарушением слуха, должно составлять от 0,3 до 0,4 секунды. Во многих детских садах, при строительстве которых большее значение придавалось оптическим критериям, а не акустическим, и в зданиях старой постройки с высокими потолками и гладкими, акустически жесткими, полами, часто регистрируется гораздо более длительное время реверберации.

**4.2 Мероприятия по оптимизации акустических условий.**

От мероприятий по улучшению акустики помещений выигрывают все, не только дети с нарушением слуха. Необходимо предпринимать все возможное, чтобы улучшать акустику помещений, создавать хорошие слуховые условия и, прежде всего, пробуждать и поддерживать интерес к слуховому восприятию. Особое значение при этом имеет речь близких людей. Она должна побуждать и стимулировать к слуховому восприятию.

**Улучшение акустики помещения.**

Простые мероприятия.

Для начала мы перечислим ряд простых и малозатратных возможностей, способствующих снижению уровня реверберации помещений и сведению до минимума мешающих шумов. Причиной того, что даже маленькие помещения могут звучать очень звонко, является то, что в них есть большие, гладкие поверхности, например, гладкий потолок, гладкий, акустически жесткий пол, гладкие стены или большие окна. От таких поверхностей звук отражается беспощадно. Это значит, надо попытаться прервать эти поверхности и оборудовать помещение так, чтобы звук поглощался, а не отражался. Это можно сделать следующим образом:

* повесить шторы;
* под ножки стульев и столов приклеить войлочные подкладки; положить ковер;
* приобрести для сидения в кругу специальные подушки;
* разделить помещение ширмами из ткани;
* произвести обшивку стен и потолка;
* завесить учебные доски тканью;
* провести проверку мебели на шумопроизводность, например, скрипящие ящики стола;
* обтянуть тканью коробки с игрушками или положить на их дно остатки коврового покрытия;
* уплотнить двери, чтобы уменьшить поступление шума и звуков извне.

**Акустическая санация помещений.**

Если этого недостаточно (например, в здании старой постройки), то нужно серьезно подумать о капитальной акустической санации помещения, т.е. предпринять ремонтно-строительное мероприятия, установив звуконепроницаемые окна и звукопоглощающую обшивку стен и потолка. Если пол выложен акустически жестким материалом (линолеум, ПВХ), то его необходимо заменить износоустойчивым ковровым покрытием. В этом случае акустические требования должны перевешивать аспекты уборки. При строительстве новых детских садов необходимо уже на стадии планирования учитывать все возможности звукозащиты. Если это происходит своевременно, то требует гораздо меньших затрат, чем последующая санация.

**Система FM.**

Для того, чтобы достичь оптимальных акустических условий для слабослышащего ребенка в больших помещениях, в которых находится большое количество людей, может иметь смысл использование, дополнительно к слуховым аппаратам или КИ, системы FM.

FM означает частотная модуляция. Система FM состоит из передатчика, который фиксируется на теле говорящего, и одного или двух радиоприемников, соединенных со слуховым аппаратом или речевым процессором ребенка через вход сигнала звуковой частоты (аудио). Голос говорящего записывается с расстояния ок. 15-20 сантиметров от микрофона и передается по радиосвязи в слуховой аппарат или КИ ребенка. Ребенок слышит говорящего так, как будто говорящий говорит прямо в микрофон слухового аппарата или КИ с расстояния в 15-20 сантиметров. Слуховое восприятие через устройство FM можно сравнить со слушанием радио, там также радиоволны распространяются на большие расстояния.

Используя устройства FM, можно увеличивать дистанцию между говорящим и слабослышащим ребенком, не теряя при этом качество звукового сигнала, т.к. через систему FM слабослышащий ребенок будет воспринимать голос говорящего с одинаковой громкостью, независимо от местонахождения в комнате. Шумовой фон тоже не будет мешать, потому что микрофон слухового аппарата или КИ будет либо отключен, либо настроен значительно тише, производя более благоприятное соотношение между полезным сигналом и шумовым фоном. Систему FM нужно всегда использовать в тех случаях, когда Вы хотите, чтобы слабослышащий ребенок четко и в полном объеме воспринимал акустическую информацию в звуконаполненной среде на большом расстоянии. Проще всего это выполнить, когда говорит только один человек. Как раз такая ситуация характерна для занятий в детском саду или в школе. Применение этой системы имеет смысл также на экскурсиях, так слабослышащий ребенок будет акустически доступен даже при большом удалении. Удобно пользоваться системой FM и во время езды на автомобиле или на велосипедном прицепе, так как мешающие шумы заглушаются, и речь без помех достигает детское ухо. В других ситуациях нужно хорошо подумать, целесообразно ли ее применение.

**Окружающая среда, побуждающая к слуховому восприятию.**

Наряду с превосходными техническими средствами слухопротезирования, дополнительными техническими средствами (система FM и т.д.) и оптимальной акустикой помещений, слабослышащий ребенок нуждается в предложении ему хорошего аудитивного обучающего материала. Необходимо пробуждать у него желание слышать в самых разных ситуациях. Из исследований в области овладения речью мы знаем, что во многих культурах речь, направленная на ребенка, имеет особые элементы, которые облегчают ему овладение языком. Это прежде всего просодические элементы, выразительная, очень мелодичная манера говорить, с подчеркнутым ритмом. Частотный спектр повышается, интонационные структуры выражаются очень четко. Гласные ударяются и/или растягиваются. Есть все основания предполагать, что слабослышащий ребенок нуждается в нем в особой степени.

Лучшим инструментом для этого является человеческий голос. Необходимо, чтобы родители, няни, воспитатели и специалисты по раннему вмешательству учились обращать внимание на свой голос, следили за тем, говорят ли они слишком тихо или слишком громко, с четким ли произношением, ритмична или мелодична ли их речь, окрашена ли она эмоциональна или же рассказ звучит скорее монотонно и не вызывает интереса у ребенка.

Может случиться так, что как раз в трудных ситуациях слабослышащий ребенок не поймет Вас полностью с первого раза. В таких случаях важно не прибегать сразу же к помощи визуальных средств, а с хорошим ударением и акцентуацией – в случае необходимости многократно – повторить сказанное в естественной манере говорения. Очень важным аспектом является также, что разговор со слабослышащим ребенком должен носить характер диалога. Это значит, что родители и специалисты должны видеть в ребенке равноправного собеседника и давать ему возможность для участия в разговоре, чтобы состоялся действительно диалог. В разговорах в большом кругу, например, за едой, нужно следить за тем, чтобы говорили не все сразу, а по очереди. При чтении вслух или повествовании надо придавать значение спокойной обстановке, не оставлять телевизор и радио, включенными на целый день.

**4.3. Заключение.**

Для слабослышащего ребенка должно быть возможно в любой ситуации учиться слуховому восприятию. Шумная обстановка значительно затрудняет этот процесс. Поэтому необходимо обращать внимание на то, как аудитивная ситуация представлена для слабослышащего ребенка и, что самое главное, как сделать ее оптимальной относительно восприятия речи. В этом случае может помочь применение системы FM.

**Лекция 3. Раннее обеспечение слуховыми аппаратами. Cлухопротезирование детей раннего и младшего дошкольного возраста**

**Введение**

**Глава 1. Особенности слухопротезирования в детском возрасте.**

* 1. Cлуховая ситуация.
	2. Анатомические особенности/ ушной вкладыш.
	3. Передаточная функция наружного уха.
	4. Выбор слухового аппарата.
	5. Контроль эффективности.

**Глава 2. Пользование слуховыми аппаратами.**

2.1. Проверка функциональности слуховых аппаратов.

2.2. Выявление и устранение неисправностей.

**Глава 3. Особенности слухопротезирования кохлеарными имплантатами в детском возрасте.**

3.1. Принцип действия кохлеарного имплантата.

3.2. Показания к проведению кохлеарной имплантации.

3.3. Монауральное/бинауральное слухопротезирование.

3.4. Бимодальная стимуляция.

**Глава 4. Пользование системой кохлеарного имплантата.**

4.1. Проверка функциональности системы кохлеарного импланта.

4.2. Выявление и устранение неисправностей.

**Глава 5. Системы FM.**

5.1. Что такое система FM?

5.2. Показания.

5.3. Проверка функциональности системы FM.

5.4. Выявление и устранение неисправностей.

**Введение.**

Возможности и границы слухопротезирования раннедетских нарушений слуха определяются не только временем установления диагноза, но и качеством слухопротезирования. Для детей с врожденным нарушением слуха или нарушением слуха, приобретенным в раннем возрасте, слуховой опыт в первые годы жизни имеет решающее значение. От него зависят как неврологические процессы созревания, развитие способности к слуховому восприятию, так и к овладению речью.

Поэтому в течение этих чувствительных фаз постнатального созревания слуха нормальное развитие возможно только при достаточной акустической стимуляции. Если эти фазы проходят невостребованными, то это влечет за собой тяжелые последствия для слухоречевого развития детей.

Слухопротезирование детей раннего и младшего возраста по многим пунктам значительно отличается от слухопротезирования взрослых. Эти особенности должны обязательно учитываться в каждом отдельном случае. В настоящее время существуют методы, разработанные специально для детского слухопротезирования и позволяющие проводить детское слухопротезирование уже в течение первого полугода жизни ребенка.

**Глава 1. Особенности слухопротезирования в детском возрасте.**

* 1. **Слуховая ситуация.**

Слуховые ситуации в младенческом возрасте отличаются от слуховых ситуаций взрослых. При обращении к маленьким детям, они в большинстве случаев находятся на руках, на груди или коленях матери. Большую часть дня младенцы лежат. Они еще не могут контролировать положение головы. Это может очень сильно затруднить ношение слуховых аппаратов без возникновения обратной связи.

С возрастом слуховые ситуации для детей меняются. При возрастании мобильности (подвижности) ребенка все чаще возникают самые разные слуховые ситуации. Если на первом году жизни на переднем плане стоит широкополосная передача частот из ближней акустической зоны ребенка, то, как только ребенок начинает ходить, расстояния к источнику звука быстро увеличиваются. С возрастающим расширением радиуса детских активных действий изменяются и требования к техническим характеристикам слуховых аппаратов.

* 1. **Анатомические особенности/ ушной вкладыш.**

Анатомические параметры детей раннего и младшего возраста также отличаются от взрослых. Ушная раковина и слуховой проход состоят из очень эластичной ткани. Сам слуховой проход короче и более выпрямлен. Поэтому прием звука происходит у маленьких детей через более короткие слуховые проходы, которые трансформируют давление звуковых волн до более высоких частот, чем у взрослых.

Вследствие этих особых анатомических параметров и отсутствующего контроля положения головы именно в первые месяцы жизни ношение слуховых аппаратов без возникновения обратной связи часто затруднено. Слуховые аппараты очень часто свистят. Это неприятно как для близких людей ребенка, так и, в зависимости от степени тугоухости, для самого ребенка. Чем тяжелее степень тугоухости, тем быстрее возникает обратная связь в виде свиста. Поэтому при снятии слепков и изготовлении отопластики от специалистов требуется большой опыт.

Отопластика, другое название – ушной вкладыш, служит, во-первых, для фиксации слухового аппарата к наружному уху, а во-вторых, что самое главное, для акустической передачи усиленного сигнала от динамика слухового аппарата до барабанной перепонки. Очень важно, чтобы ушной вкладыш был подогнан оптимально, это необходимо для того, чтобы обеспечить хорошую акустическую герметизацию, благодаря чему можно предотвратить возникновение обратной связи. Другой задачей отопластики является улучшение акустических характеристик передачи. Этого можно достигнуть с помощью специальных дополнительных отверстий.

Изготовление так называемого „когтя Мюллера“ может способствовать снижению вероятности возникновения обратной связи („свиста“) у младенца. Если обратная связь все же возникает, то рекомендуется измерение плотности прилегания вкладыша и повторное изготовление отопластики. Ни в коем случае не нужно снижать усиление слухового аппарата. Это приведет лишь к недостаточной акустической стимуляции. Для изготовления отопластики рекомендуется применение мягких материалов, чтобы ограничить возможность травмирования.

**1.3. Передаточная функция наружного уха.**

Уже в начале 70-х годов ученые-практики обратили внимание на то, что у младенцев и маленьких детей объем слухового прохода меньше, чем у взрослого человека, и говорили о том, что это обстоятельство обязательно нужно учитывать при расчете мощности усиления слуховых аппаратов при детском слухопротезировании. В конце 80-х годов Кругер и Рубен также сообщали, что объем слухового прохода у новорожденных может быть в 2-3 раза меньше, чем у среднеcтатистического взрослого человека.

Так называемый куплер представляет из себя стандартизированный объем слухового прохода взрослого человека и используется в качестве эталона измерения при слухопротезировании. Целый ряд исследований, проведенные в последнее время подтверждают, что данные измерений, которые можно получить на куплере для взрослых, не дают достаточной информации о возрастных и частотных характеристиках слухового прохода детей раннего возраста. Однако для расчета мощности усиления слухового аппарата эта информация необходима. Большой объем слухового прохода означает, что нужно рассчитывать большее усиление, т.к. уровень звукового давления на барабанной перепонке снижается; маленький же объем слухового прохода приводит к тому, что нужно рассчитывать меньшее усиление, т.к. уровень звукового давления на барабанной перепонке повышается. Если объем слухового прохода ребенка определяется не достаточно точно, а лишь приблизительно на основании среднего объема взрослого (измерение на куплере), то слуховой аппарат может быть настроен либо слишком громко, либо слишком тихо. Если слуховой аппарат настроен слишком громко, то есть вероятность, что ребенок будет отказываться от слухового аппарата, а его остаточный слух не будет защищен должным образом. Если слуховой аппарат настроен слишком тихо, то речевые сигналы могут передаваться не в достаточной мере. По этой причине подбор и настройка слуховых аппаратов для младенцев и детей младшего возраста только на основании показателей куплера взрослых не допустимы. Поэтому необходимо всегда выполнять так называемое измерение RECD (Real-Ear-to-Coupler-Differece), которое при процессе настройки учитывает индивидуальные свойства детского слухового прохода и индивидуальной отопластики. При измерении RECD в слуховой проход ребенка вводится маленький зонд. Дополнительно в ухо вставляется индивидуальный ушной вкладыш, соединенный с динамиком. После этого проводится измерение. Само измерение длится всего несколько секунд. Данные сохраняются в базе данных и в последствии могут использоваться для настройки слухового аппарата без дополнительного обременения ребенка.

Исследования показали, что такие измерения можно успешно проводить, начиная с 2-месячного возраста ребенка. Если провести индивидуальное измерение слухового прохода на ребенке не представляется возможным, то система предлагает средние возрастные параметры для каждого месяца жизни. Эти средние параметры основываются на многочисленных измерениях слухового прохода у детей, начиная с новорожденности.

* 1. **Выбор слухового аппарата.**

При выборе слухового аппарата необходимо принимать во внимание различные требования. Чтобы оптимально покрывать сложные и прогрессирующие пороговые процессы, как правило, должны использоваться цифровые слуховые аппараты-заушины, по возможности, с универсальными

возможностями регулировки. Слуховые аппараты должны быть прочными и маленькими по размеру, оснащенными вводом для системы FM (беспроводная радиосистема). Для контроля вероятности обратной связи должны использоваться только менеджеры обратной связи, работающие в противофазном режиме. Здесь надо знать, что всегда после активизации менеджера обратной связи необходимо провести контроль усиления, чтобы удостовериться в том, что слуховые аппараты работают с достаточным усилением. Такие функции слуховых аппаратов как: мультимикрофон, менеджер шумоподавления, менеджер многопрограммности и регулятор громкости – при ношении их ребенком младше 1 года – необходимо отключить. До настоящего времени еще нет достоверных результатов исследований, с какого возраста целесообразно применять адаптивные направленные микрофоны. Однако разработкой этой тематики занимается ряд научно-исследовательских групп.

**1.5. Контроль эффективности.**

Проверяются изменения в поведении ребенка, например, такие реакции, как поворот головы или взгляд на источник звука, изменения мимики, жестикуляции или дыхания, а также двигательные изменения как ответ на акустическое раздражение в свободном поле и через телефон костной проводимости. Никак не обойтись и без структурированных опросов родителей и использования анкет по наблюдению за ребенком как для родителей, так и для педагогов-специалистов.

Сразу же после подтверждения диагноза должно последовать обращение за компетентной сурдологической помощью с целью регулярного проведения слухоречевого развития. В процессе слухопротезирования необходимо проинформировать родителей об эксплуатации и уходе за слуховыми аппаратами, о комплектации, аксессуарах и дополнительных технических устройствах. По завершению слухопротезирования родителям должен быть выдан „паспорт слухового аппарата“.

**Глава 2. Пользование слуховыми аппаратами.**

**Цель обучения.**

В предыдущей главе Вы получили представление об особенностях слухопротезирования детей раннего и младшего возраста. В этой главе речь пойдет о том, как можно самостоятельно проверить, в рабочем ли состоянии слуховой аппарат, как надеть его ребенку, если он выпал, и что нужно делать в тех случаях, если слуховой аппарат свистит или мигает, если ребенок вдруг перестает реагировать на обращение к нему. Итак, Вы получите ряд советов по повседневному обращению с ребенком, носящим слуховые аппараты.

**2.1. Проверка функциональной работы СА.**

Все слуховые аппараты нуждаются для электропитания в батарейках. В слуховых аппаратах в основном используются воздушно-цинковые батарейки. Ртутные батарейки, применяемые ранее, вышли из употребления по причине сильного загрязнения окружающей среды из-за большого содержания в них тяжелого металла. Воздушно-цинковые батарейки также содержат в себе ядовитые вещества. Но, хотя они не так опасны, как ртутные батарейки, все-таки необходимо обязательно следить за тем, чтобы ребенок не проглотил батарейку по неосмотрительности. Для проверки функциональной работы слухового аппарата положите аппарат на ладонь и включите его. Он должен засвистеть, потому что сигнал, усиленный слуховым аппаратом, поступает в микрофон слухового аппарата повторно и усиливается снова. Если слуховой аппарат не свистит, то необходимо искать неисправность.

Необходимо регулярно проверять как трубочки, так и отопластику, потому что в трубочке может образоваться потный конденсат, а ушной вкладыш может загрязниться ушной серой. Функциональность слухового аппарата и ушного вкладыша должна проверяться ежедневно.При надевании слуховых аппаратов необходимо следить за тем, чтобы не перепутать их сторонами. Как правило, для правого и левого уха слуховые аппараты настраиваются индивидуально. Это особенно важно, если нарушение слуха на правом и левом ушах отличается. Поэтому слуховые аппараты должны иметь маркировку.

Обычно для правой стороны используется красная маркировка, а для левой – голубая. Так как в отдельных случаях маркировка может быть другой, Вам нужно спросить у родителей, каким образом промаркированы слуховые аппараты ребенка. Включайте слуховые аппараты только после надевания и, соответственно, выключайте их, прежде чем снять, чтобы избежать возникновения свиста обратной связи. Для ребенка так будет приятнее.

**2.2. Выявление и устранение неисправностей.**

Слуховой аппарат не свистит, когда находится на Вашей ладони:

* проверьте, включен ли слуховой аппарат;
* проверьте мощность батарейки;
* проверьте, не засорены ли ушной вкладыш, трубочка или рожок.

Слуховой аппарат свистит, когда надет на ухо ребенка:

* если на аппарате есть регулятор громкости, проверьте правильность регулировки;
* проверьте, правильно ли вставлен ушной вкладыш. Вероятно, он вставлен в слуховой проход не полностью или между вкладышем и стенкой слухового прохода попали волосы;
* проверьте, хорошо ли насажена трубочка-зонд, нет ли на ней микротрещин;
* проверьте, не поврежден ли корпус аппарата;
* есть вероятность, что отопластика стала мала. Ухо ребенка выросло. В этом случае Вы можете попробовать смазать ушной вкладыш кремом (вазелином или детским маслом). Такой способ поможет только на короткий срок. В этом случае необходимо безотлагательно заказать изготовление нового ушного вкладыша.

Ребенок больше не хочет носить слуховые аппараты или хуже реагирует на обращение к нему:

* проверьте электропитание;
* проверьте, не перепутаны ли слуховые аппараты местами;
* проверьте положение переключателей.

**Глава 3. Особенности слухопротезирования кохлеарными имплантами.**

**Цель обучения.**

Для того, чтобы ребенку с тяжелой степенью тугоухости дать шансы на хорошее развитие речи, своевременной постановки диагноза и раннего слухопротезирования адекватными слуховыми аппаратами не всегда достаточно. Для детей, у которых функция волосковых клеток в улитке нарушена настолько, что они не могут достаточно разбирать речь даже при помощи мощных слуховых аппаратов, целесообразно слухопротезирование кохлеарными имплантатами. В следующей главе описывается принцип действия кохлеарного имплантата и различия между односторонним, бинауральным и бимодальным имплантационным слухопротезированием.

**3.1 Принцип действия кохлеарного имплантата.**

Кохлеарный имплантат, или сокращенно КИ, преобразует звуковые волны в электрические импульсы и, таким образом, перенимает на себя функцию барабанной перепонки, цепочки слуховых косточек и волосковых клеток. В основном КИ состоит из двух частей: имплантируемой части и наружного речевого процессора. Имплантируемая часть (приемник-стимулятор с электродом) вживляется пациенту в ходе проведения хирургической операции под общим наркозом. Через небольшой надрез за ухом имплантат размещается подкожно и фиксируется к кости черепа. Электрод имплантата вводится в улитку. При вводе электрода учитываются изменения, которые могут проявиться во время роста. Надрез на коже за ухом закрывается. Как правило, после операции остается лишь маленький рубец. Внешняя часть КИ состоит из речевого процессора с микрофоном, блока питания, передаточной катушки и соединительного кабеля. Речевой процессор, так же, как и слуховой аппарат, носится за ухом. В зависимости от производителя и возраста пациента, предлагаются самые различные варианты ношения. С помощью магнита наружная передаточная катушка закрепляется на коже за ухом точно над

вживленной катушкой приемника. Сигналы, воспринимаемые микрофоном, преобразовываются в речевом процессоре с помощью компьютерного чипа так, что они в виде электрических импульсов через кожный покров передаются от передаточной катушки на катушку приемника. От катушки приемника эти электрические сигналы передаются к электроду в улитке и оттуда достигают слуховой нерв. Эта стимуляция (раздражение) слухового нерва воспроизводит в мозгу слуховое впечатление. При приеме водных процедур и плавании наружная часть КИ должна сниматься. В случае технического дефекта речевой процессор может быть заменен в любое время. При отказе функции имплантата его замена может быть произведена только хирургическим путем. Энергопитание имплантата происходит снаружи через речевой процессор.

**3.2. Показания к проведению кохлеарной имплантации.**

Целесообразность КИ рассматривается в том случае, если функция волосковых клеток в улитке внутреннего уха нарушена настолько, что речь разборчиво не воспринимается даже при пользовании очень мощными слуховыми аппаратами, соответственно, ребенок не может ее освоить. Как правило, на протяжении нескольких месяцев после установления диагноза тугоухости у детей раннего и младшего возраста сначала проводится пробный этап со слуховыми аппаратами. Если за это время видимых результатов улучшения слуха и соответствующего речевого развития не наблюдается, то тогда – после завершения необходимой диагностики – имплантируется КИ. Единственным исключением является потеря слуха после менингита. Здесь необходимо действовать быстро, потому что в отдельных случаях может проявиться облитерация (закостевание) улитки. При имплантации, выполненной позднее, есть опасность, что электроды будет невозможно ввести в улитку. Условием имплантации является нормальная структура улитки внутреннего уха и здоровый слуховой нерв. Это значит, что перед имплантацией должна быть проведена полная диагностика с измерениями на органе слуха. Также необходимо выполнение диагностической визуализации посредством компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии. Так как при проведении таких обследований ребенок не должен двигаться и лежать спокойно, в большинстве случаев необходим прием седативного медикаментозного средства (слабого снотворного). Только после проведения всех этих обследований, после обмена информацией с учреждением сурдологической помощи и, в случае необходимости, детским садом, после подробной консультации и собеседования с родителями принимается совместное решение об оперативном вмешательстве. При принятии такого решения, так же, как при слухопротезировании слуховыми аппаратами, всегда должны рассматриваться как общее развитие ребенка с нарушением слуха, так и ситуация в его семье. Исходя из этого, процесс принятия решения и последующая реабилитация должны быть мультидисциплинарной задачей и требуют тесной кооперации всех участвующих дисциплин.

**3.3. Монауральное/бинауральное слухопротезирование.**

Благодаря скринингу слуха новорожденных и хороших возможностей дифференциальной диагностики, в настоящее время дети уже на первом году жизни могут получать двухстороннее слухопротезирование слуховыми аппаратами. Если, несмотря на раннее слухопротезирование слуховыми аппаратами, положительные результаты речевого развития не наблюдаются, рассматривается вопрос о кохлеарной имплантации. В отличие от слухопротезирования слуховыми аппаратами, которое почти всегда двухстороннее, т.е. бинауральное, кохлеарная имплантация, как правило, выполняется ребенку сначала только на одном ухе (монаурально или монолатерально). Для этого есть различные причины. Часто родители выбирают сначала одностороннее имплантационное слухопротезирование, чтобы посмотреть, будет ли оно успешным и появятся ли при соответствующих реабилитационных мероприятия успехи в развитии речи. Многие родители хотят сохранить остатки слуха на „втором ухе“ для будущих перспектив в развитии техники. Со многими слуховыми ситуациями в повседневной жизни очень часто можно справиться лишь благодаря тому, что человек, располагая двумя ушами, владеет способностью к бинауральному слуховому восприятию. Это означает, что направленный и пространственный слух, локализация звука и определение источника сигнала возможны только при взаимодействии двух ушей. Люди с двумя здоровыми ушами могут быстро и уверенно ориентироваться в ежедневной среде, целенаправленно воспринимать звуки или речь, и даже в трудных акустических условиях, например, в помещениях с высокой реверберацией, при гуле голосов на заднем плане или при низкой громкости, улавливать значительную часть слуховой информации. Нормально слышащие люди используют для определения направления звука (ототопики) временную разницу между поступлением звука к одному и другому уху, разницу в силе звука, воспринимаемой более близким и более далеким от источника ухом, феномены огибания головы звуком и отражения звука от ушной раковины. Это значит, что человек воспринимает звуковой сигнал каждым ухом по-разному (по причине бокового расположения на голове), а центральная нервная системы человека (слуховой нерв, слуховой центр в головном мозге, слуховой канал) в процессе звукообработки анализирует малейшие различия между правым и левым ухом. На основании такого многослойного и сложного сравнения слуховых различий становится

возможным локализировать источники звука и отделять речь от шумового фона. При одностороннем слухопротезировании слуховыми аппаратами или кохлеарным имплантатом ребенок не может воспринимать эти различия и, вследствие этого, не может использовать их для определения направления звука и восприятия речи в шумном окружении (детский сад, школа). Отсутствие таких способностей значительно ухудшает способность к концентрации и, следовательно, работоспособность слабослышащих и глухих детей, ставит под угрозу их безопасность, например, на дороге. Другим аргументом в пользу двустороннего имплантационного слухопротезирования является сохранение слухового восприятия одной стороны в случае отказа функции второй на какой-либо промежуток времени (например, ремонт речевого процессора и т.д.) Бинауральное слухопротезирование КИ может выполняться как одномоментно (одновременная имплантация обоих ушей), так и двухмоментно (имплантация обоих ушей с промежутком по времени). В настоящее время вопрос о предпочтении двусторонней КИ вызывает у специалистов противоположные точки зрения. В общем и целом уже подтверждено, что, чем раньше выполнено слухопротезирование, тем лучше используются чувствительные фазы созревания центральных процессов. Это в полной мере относится и к бинауральному слухопротезированию КИ. Чем дольше временной промежуток между имплантациями, тем больше усилий требуется для реабилитации. Результаты исследований однозначно подтвердили, что дети, проимплантированные с промежутком по времени, также в состоянии овладеть бинауральным слухом. Поэтому, как показывает опыт, проведение бинауральной имплантации с промежутком по времени не несет за собой негативных последствий. На момент проведения имплантации сделать прогноз того, как хорошо будет слышать и говорить ребенок с нарушенным слухом позднее, невозможно. КИ должен настраиваться для каждой стороны индивидуально. Ни в коем случае нельзя перенимать настройки речевого процессора с одной стороны на другую.

**3.4. Бимодальная стимуляция.**

Дети с односторонним КИ, сохранившие на другом ухе достаточный остаточный слух, могут и дальше носить слуховой аппарат на не проимплантированном ухе. В предыдущем разделе были подробно описаны преимущества бинаурального слуха по сравнению с монауральным. Бимодальная стимуляция (стимуляция кохлеарным имплантом на одном ухе с одновременным ношением слухового аппарата на другом) также делает бинауральный слух возможным. Исследования показали, что бимодальное слухопротезирование имеет преимущества перед односторонним слухопротезированием КИ. Несмотря на разные слуховые впечатления (КИ и слуховой аппарат), дети от такой формы стимуляции только выигрывают. Остаточный слух на не проимплантированной ухе по-прежнему стимулируется, так что при дальнейшем имплантации слуховая способность этого уха может быть активизирована и использована наиболее оптимально. При бимодальной стимуляции настройке слухового аппарата нужно отводить такое же значение, как и настройке кохлеарного импланта. Оба аппарата должны быть хорошо сбалансированы между собой, чтобы ребенок с двумя аппаратами слышал и понимал не хуже, чем с одним. Конечно же, это на маленьких детях и младенцах осуществить это труднее, чем на взрослых. Компенсация слуха каждого аппарата сначала должна проверяться отдельно, а затем с двумя аппаратами вместе, посредством тестовых методов, применяемых для данного возраста (см. главу 1). Для детей это влечет за собой увеличение продолжительности тестов в 3 раза и, следовательно, троекратное увеличение нагрузки на внимание и концентрацию ребенка, которые в этом возрасте у ребенка и так ограничены. Поэтому специалист, проводящий настройку, должен обладать большим опытом. Конечно же, это в полной мере относится и к бинауральному слухопротезированию КИ. Но все-же является бесспорным, что бинауральное слухопротезирование КИ во многих случаях превосходит бимодальную стимуляцию.

**Глава 4. Пользование кохлеарным имплантом.**

**Цель обучения.**

В 3-ей главе Вы получили представление об особенностях слухопроте-зирования КИ детей раннего и младшего дошкольного возраста. В главе 4, аналогично главе 2, речь пойдет о том, как самостоятельно проверить, функционирует ли система кохлеарного имплантата, как надеть ребенку речевой процессор и что делать, если КИ мигает или ребенок вдруг перестает реагировать на обращение к нему.

**4.1. Проверка функциональности системы кохлеарного импланта.**

Так же, как и слуховые аппараты, система КИ нуждается в электропитании. В отличие от слуховых аппаратов, в системах КИ используются не обычные воздушно-цинковые батарейки, а батарейки, специально рекомендуемые фирмой-изготовителем для системы КИ. В зависимости от производителя и длительности ношения речевого процессора указывается различная продолжительность работы батареек. Но, как правило, она составляет около 3-5 дней. Здесь также, как и при слуховых аппаратах, обязательно нужно следить за тем, чтобы ребенок нечаянно не проглотил батарейку. Для лучшей фиксации речевого процессора к уху ребенка, так же, как и на слуховом аппарате, может использоваться отопластика. Из соображений гигиены отопластику необходимо регулярно чистить, как и на слуховом аппарате. В отличие от слухового аппарата, при КИ не может возникнуть обратной связи (свиста). Закупорка отопластики или трубочки ушной серой или конденсатом ни коим образом на слуховую способность не влияет. Если ребенок носит КИ на двух сторонах, то необходимо следить за тем, чтобы стороны не были перепутаны. Кохлеарные имплантаты всегда настраиваются на правое и левое ухо индивидуально. Поэтому стороны ни в коем случае нельзя перепутывать. Некоторые системы КИ оснащены автоматическим распознаванием, при надевании речевого процессора не на ту сторону они не подают стимуляционные импульсы. Но так как не все системы КИ имеют такую функцию, родители должны обращать внимание на маркировку, как и со слуховыми аппаратами. Речевой процессор необходимо беречь от высокой влажности, грубого загрязнения, ударов и повреждений. При КИ может играть роль возникновение электростатического заряда. Поэтому после игры на пластмассовых горках или в пластмассовых домиках-туннелях необходимо проверить речевой процессор или же снять его до начала игры.Проверка функциональности речевого процессора производится в разных системах КИ по-разному. Следуйте всегда инструкциям фирмы-производителя и проконсультируйтесь у родителей относительно положений выключателя.

**4.2 Выявление и устранение неисправностей.**

Сначала всегда проверьте электропитание. Убедитесь в том, что батарейки рабочие и, соответственно, аккумуляторы полностью заряжены. Дальнейшие этапы по проверке функциональности системы очень отличаются, в зависимости от фирмы-изготовителя. Указания по каждому типу систем КИ Вы найдете на соответствующих информационных листках, которые Вы можете запросить у соответствующей фирмыизготовителя или же у родителей. Ребенок не реагирует на обращение:

* проверьте электропитание;
* проверьте положение переключателей;
* проверьте кабельные соединения;
* при бинауральном слухопротезировании проверьте стороны (не перепутаны ли они).

Если катушка постоянно спадает, , нужно применить более мощный магнит (только после согласования с клиникой).

Если мигает светодиод (LED) речевого процессора, проверьте электропитание. Значение и ритм мигания на каждой модели очень специфичны, поэтому обязательно следуйте инструкции фирмы-изготовителя.

**Глава 5. Системы FM.**

**Цель обучения.**

Путь к хорошему развитию слуха и речи ребенка с нарушенным слухом начинается со своевременной постановки диагноза, раннего слухопротезирования слуховыми аппаратами и/или кохлеарными имплантатами и ранней сурдологической помощи. Однако даже слуховые аппараты или кохлеарные имплантаты, оптимально настроенные на индивидуальные потребности ребенка, не всегда обеспечивают возможности для хорошего слуха и, соответственно, хорошего понимания. В таких случаях может быть полезным применение беспроводных радиоустройств, так называемых систем FM. В следующей главе описывается, что понимается под устройством FM, какие разновидности этих устройств существуют, когда и в каких ситуациях они должны применяться, а также, как ими пользоваться.

**5.1. Что такое система FM?**

 Система FM является беспроводным передаточным устройством, работающим на основе частотной модуляции. Система FM включает в себя микрофон с передатчиком, надеваемый на учителя или воспитателя, и приемник, надеваемый на ребенка. Этот приемник подсоединен к слуховым аппаратам или кохлеарным имплантатам ребенка, либо же встроен непосредственно в них. Передатчик FM усиливает и модулирует акустический сигнал и посредством радиоволн посылает его на приемник FM. Приемник FM демодулирует сигнал и передает его на слуховой аппарат или кохлеарный имплантат. Таким образом, речевые сигналы записываются в непосредственной близости от источника и передаются четко и без помех прямо в ухо ребенка. Так же, как слуховые аппараты или кохлеарные импланты, системы FM предлагаются разными фирмами-изготовителями. Есть самые различные виды передатчиков и приемников. Многие передатчики оснащены внешним микрофоном. Приемники легко подсоединяются к слуховому аппарату. В зависимости от того, каким слуховым аппаратом пользуется ребенок, приемник либо встроен в слуховой аппарат, либо к слуховому аппарату подключается так называемый аудиобашмак, который в свою очередь подсоединяется к приемнику. Существуют также такие слуховые аппараты, при которых для подсоединения аудиобашмака нужно открыть батарейный отсек.

**5.2. Показания.**

С помощью устройства FM создается основа для лучшей разборчивости речи, независимой от акустической среды. Разборчивость речи иногда сильно затруднена из-за шумовых помех или акустики помещения (детские сады, ясли и т.д.) В помещении, в котором играют или разговаривают несколько детей одновременно, для ребенка с нарушением слуха может быть практически невозможным отфильтровать шумовой фон. Дистанция и эхо (реверберация) также снижают разборчивость речи. Для преодоления таких тяжелых ситуаций самым эффективным путем является применение системы FM. Систему FM нельзя применять на длительный промежуток времени. Использование системы FM целесообразно, например, в кругу сидящих детей, если ребенок с нарушением слуха сидит на расстоянии от воспитательницы, или на групповых мероприятиях с одним говорящим (ведущим). При разговорах на короткой дистанции и в спокойной обстановке применение системы FM не требуется. Вопрос о том, с какого возраста нужно применять устройства FM, активно дискутируется, мнения по этому поводу самые противоположные. В любом случае рекомендуется, чтобы сначала ребенок и его окружение привыкли к слуховому аппарату и/или КИ. В остальном здесь также действует междисциплинарный принцип. Педагог-сурдолог, занимающийся ребенком, регулярно видит его и его семью в домашней обстановке. Поэтому применение системы FM рекомендуется только после консультации с педагогом по раннему вмешательству.

**5.3 Проверка функциональности системы FM.**

Передатчик системы FM, в отличие от приемника, нуждается в собственном элементе питания, батарейке или аккумуляторе. Приемник получает электроснабжение через батарейку слухового аппарата или речевого процессора КИ. Перед подключением системы FM проверьте мощность батарейки, достаточно ли заряжен аккумулятор. Перед каждым применением необходимо также проверить корректность включения на приемнике (слуховом аппарате ребенка) и на передатчике. Если, например, включен только приемник, а передатчик нет, то передаваться будет только шум. Вместо того, чтобы создать для ребенка улучшенную акустическую ситуацию, ребенок будет находиться в ситуации, значительно ухудшенной акустически. Важно разместить передаточный микрофон примерно в 20 см от рта говорящего. Необходимо следить за тем, чтобы не передавались никакие шумы трения (например, от одежды или украшения). Пусть родители или педагог-сурдолог объяснят Вам, как правильно пользоваться прибором. Обязательно сразу же проинформируйте родителей или педагога-сурдолога о неисправностях в работе слухового аппарата, КИ или системы FM.

**5.4. Выявление и устранение неисправностей.**

Перед применением системы FM необходимо всегда проверять электропитание. Обязательно проверьте уровень зарядки аккумулятора передатчика и заряжайте его регулярно. В любом случае аккумулятор должен быть заряжен так, чтобы его мощности хватило для работы в течение всей первой половины дня (время пребывания в детском саду, занятий). Функциональные проблемы слухового аппарата и системы FM:

* проверьте электропитание;
* проверьте все настройки передатчика и приемника;
* проверьте соединения адаптера;
* проверьте, нет ли помех со стороны других электронных приборов.

Функциональные проблемы кохлеарного имплантата и системы FM:

* проверьте электропитание;
* проверьте все настройки передатчика и приемника;
* проверьте кабельные соединения и адаптер;
* проверьте, нет ли помех со стороны других электронных приборов.

При выполнении контроля работы системы рекомендуется проводить проверку передачи сигнала, находясь с ребенком в разных помещениях. Это значит, отправьте ребенка на короткое время за дверь и проведите небольшую пробу. Если ребенок Вас понимает, даже стоя за дверью, значит, система хорошо работает. Если в Вашей группе собственными системами FM пользуются несколько детей одновременно, то возникает опасность „наложения частот“. В таком случае необходимо составить так называемый „частотный план“, чтобы все дети пользовались разной частотой. Информацию об этом Вы найдете в инструкциях фирмы-изготовителя системы FM. Если ребенок жалуется на скрежет или треск, то есть вероятность того, что возникло повреждение кабеля микрофона передатчика.

**Лекция 4. Семья и психолого-педагогическая поддержка.**

**Глава 1. Момент установления диагноза.**

* 1. Как гром среди ясного неба.
	2. Младенцы скрывают свое нарушение.
	3. Беспомощность родителей.
	4. Возможности диагностики расширились.
	5. Семьи по-разному воспринимают диагноз.
	6. Виртуальное присутствие реально.
	7. Диагноз как переломный пункт в жизни.

**Глава 2. Интеракция между ребенком и близким человеком.**

2.1. Изменение восприятия.

2.2. Играть двойную роль.

2.3. Близкими людьми овладевает страх и неуверенность.

2.4. Нельзя научить материнскому языку.

2.5. Коммуникативный дисбаланс.

2.6. Призыв к осторожности.

**Глава 3. Как оказать помощь родителям и близким людям?**

3.1. Прямая и опосредованная стимуляция.

3.2. От теории к практике.

3.3. Чем позднее ставится диагноз, тем специфичнее потребности в воспитании.

3.4. Помощь родителям для укрепления их полномочий.

3.5. Полезные стратегии по укреплению полномочий родителей:

* посещения на дому;
* анализ видеозаписей;
* родительские группы.

3.6. Специальная поддержка для детских дошкольных учреждений.

**Глава 1. Момент постановки диагноза.**

**Цель обучения.**

Эта глава должна помочь понять, почему момент постановки диагноза – и то, как такая ситуация (т.е. наличие ребенка с нарушением слуха) переживается – претерпели значительные изменения с того времени, как скрининг слуха новорожденных сделал возможным раннее выявление нарушения слуха. Очень важно понимать, что психологически точно так же тяжело узнать и принять минимальную или одностороннюю потерю слуха, как и нарушение слуха тяжелой степени.

* 1. **Как гром среди ясного неба.**

Когда люди внезапно теряют то, что является для них крайне ценным эмоционально, включаются определенные психологические механизмы, которые помогают им справиться с такой ситуацией. Когда мы стоим перед фактом неожиданной потери любимого человека или диагноза неизлечимого заболевания, то отрицание, сменяемое печалью, гневом и раздражением, является совершенно нормальной реакцией, с помощью которой мы пытаемся найти в нашей жизни место для этой новой эмоциональной ситуации. То же самое происходит и с родителями, когда они внезапно узнают, что у их замечательного малыша, который выглядит таким здоровым, определяется нарушение слуха. В настоящее время, когда повсеместно вводится аудиологический скрининг новорожденных, диагноз нарушения слуха ставится намного раньше, чем в еще недалеком прошлом. Нарушения слуха выявляются через несколько недель или даже дней после рождения, а не через месяцы или годы, как это было ранее. Поэтому сейчас диагноз нарушения слуха настигает родителей намного чаще, чем когда-либо ранее, буквально как гром среди ясного неба. Почему же он так неожиданнен для родителей? Этому есть много причин. Во-первых, глухота – „невидимое“ нарушение. Во-вторых, большинство нормально слышащих родителей совсем не знакомы с такого рода патологией; примерно 90% глухих детей рождаются у нормально слышащих родителей. В-третьих, аудиологический скрининг новорожденных и раннее диагностическое обследование проводятся на такой ранней стадии развития ребенка, что у родителей едва ли есть время самим выявить то, что со слухом их малыша что-то не в порядке. В большинстве случаев нарушение слуха другими явными патологиями не сопровождается. Она остается скрытой от глаз матери и отца ребенка – от всей его семьи, которая с самого его рождения внимательно наблюдает за всем, что у малыша не в порядке, будь это даже самая малость. Даже если нарушение слуха является частью синдрома или вызвано послеродовым менингитом, оно как физический дефект остается „невидимым“.

* 1. **Младенцы скрывают свое нарушение.**

Кроме того, когда родители пытаются выяснить, как их малыш реагирует на звуки, ребенок часто „вводит их в заблуждение“. Если источник звука, который „предлагается“ ребенку, содержит низкочастотное эхо, то есть вероятность, что ребенок отреагирует на такой отзвук, хотя он не слышит. Так часто происходит, когда кто-то хлопает в ладоши или стучит по столу. Ребенок чувствует колебания, исходящие от предмета мебели, или воздушный поток, вызываемый хлопанием в ладоши.

Может быть и так, что малыш видит движения рук, но звука при этом не слышит. Реакция на звук является процессом более комплексным, чем это представлено в существующей научной литературе. Возможно, что ребенок реагирует на специфичный шум, даже на языковую речь, произносимую очень близко от его ушей, но не получает при этом достаточно согласованной акустической информации для того, чтобы различать эти звуки. Таким образом, взрослые, не зная того, что ребенок не получает достаточно информации, чтобы научиться понимать, приходят в логичному выводу, что их ребенок может слышать. Поэтому у них создается впечатление, что ребенок адекватно реагирует на звук, либо же они только думают, что он реагирует. В действительности же ребенок мог отреагировать совсем на другие признаки, а не на те, как предполагают родители. Если ребенок реагирует на различные звуки, еще не значит, что он способен различать эти звуки между собой. Достаточно иметь нарушение слуха средней степени, чтобы быть ограниченным в этой способности. И – что еще больше приводит в заблуждение – даже новорожденные с нарушенным слухом с самого начала вокализируют звуки и участвуют во взаимных прото-диалогах с близкими им людьми, даже если они не могут слышать звуки, которые сами производят.

* 1. **Беспомощность родителей.**

И все-таки, если ребенок страдает тяжелой степенью тугоухости, он не может бесконечно „вводить в заблуждение“ свое окружение. Ранее, до того, как стал вводиться аудиологический скрининг новорожденных, через несколько месяцев после рождения ребенка матери обнаруживали, что со слухом их ребенка не все в порядке. Часто они случайно замечали, что ребенок не отреагировал или не проснулся, когда раздался громкий, неожиданный звук. В большинстве случаев эти матери говорили о том, что чувствовали себя оставленными на произвол судьбы, когда другие родственники и даже врачи не верили им и считали их сомнения чрезмерными и излишними. Диагноз тяжелой степени тугоухости, который часто ставился через один или два года и даже позднее, был подтверждением того, что матери (а иногда и отцы) уже знали задолго до официального подтверждения нарушения, но их опасения редко воспринимались всерьез. Не трудно представить себе, что такая ситуация вызывала у матери сильный гнев, ведь ей так долго никто не верил, и большое количество времени оказывалось потерянным. На сегодняшний день картина выглядит совсем по-другому. Родители по-другому воспринимают неожиданный ранний диагноз, сообщаемый им в больнице или аудиологическом центре, и по-другому на него реагируют.

* 1. **Возможности диагностики расширились.**

Возможности ранней диагностики сейчас расширены до такой степени, что уже в самом раннем возрасте обнаруживаются не только нарушения слуха тяжелой степени, но и средней и легкой степени, и даже односторонняя тугоухость. Односторонняя потеря слуха – это значительное нарушение слуха на одном ухе. Еще в недалеком прошлом в относительно раннем детском возрасте (т.е. до возраста в 1-1,5 года) диагностировалась только тугоухость тяжелой и высокой степени. Тугоухость средней и легкой степени обычно выявлялись намного позже, а односторонняя тугоухость часто диагностировалась лишь во взрослом возрасте, иногда же вообще не выявлялась. Эта новая ситуации означает, что реакция родителей на ранний диагноз, по сравнению с прошлым, также изменилась. В то время, как раньше медицинское подтверждение нарушения слуха часто приносило своего рода облегчение – оно давало старт предначертанному пути страданий – то на настоящий момент психологические реакции являются, по всей видимости, более комплексными, в зависимости от степени и вида нарушения слуха ребенка.

Матери детей с легкой и средней степенью тугоухости или с односторонней потерей слуха часто воспринимают диагноз хуже, чем матери детей с тугоухостью тяжелой степени. Несмотря на то, что родители последней группы без сомнения очень расстраиваются и страдают, узнав о диагнозе, но все же они благодарны, что диагноз поставлен на ранней стадии развития ребенка. Это дает им чувство, что они не упустили время, что им удастся исправить ситуацию и что они с самого начала сделают все, что в их силах. Не трудно понять, что такие реакции, в зависимости от степени потери слуха, проявляются по-разному. В случае легкой или односторонней потери слуха, когда дальнейшая помощь не предлагается, родители воспринимают скрининг слуха и ранний диагностический процесс как нечто принуди-тельное, как разрушение „священного“ периода жизни безмятежного и счастливого единения родителей и ребенка. Однако и для родителей детей с диагнозом тугоухости средней или тяжелой степени, которые получают необходимую помощь в форме раннего слухопротезирования и раннего развивающего вмешательства, часто очень тяжело принять эту помощь. Можно исходить из того, что родители, бабушки и дедушки, другие родственники из ближайшего окружения семьи, будут постоянно „тестировать“ ребенка. Как уже написано выше, дети могут реагировать на звуки не всегда однозначно и одинаково. Не только родители, но даже профессиональные консультанты, в этом детском возрасте не всегда могут распознавать разницу между способностью детей воспринимать звуки и их способностью различать звуки между собой. Родители совсем маленьких детей скорее видят недостатки ношения слуховых аппаратов, чем их преимущества. Слуховые аппараты с их громким свистом являются для окружения ребенка единственным очевидным фактором, что с малышом что-то не в порядке. Чтобы примириться с такой ситуацией и принять ее, у родителей должны быть высокая мотивация, и они должны быть сильны эмоционально. Возможно, что у них не будет желания гулять с ребенком на свежем воздухе, потому что слуховые аппараты постоянно свистят, они будут стараться избегать реакций со стороны соседей и друзей, улыбка которых будет выражением недоумения или даже шока при виде их малыша в коляске. Это кажется парадоксальным, но чем меньше потеря слуха у ребенка, тем, очевидно, тяжелее принять это нарушение, и тем квалифицированнее и опытнее должно проводиться раннее вмешательство для оказания надлежащей помощи. Если у ребенка высокая степень тугоухости, то родители просто вынуждены принять помощь, так как они очень быстро начинают осознавать, что их малыш не сможет слышать без мощного слухового аппарата или кохлеарного имплантата (КИ). А в случаях с легкой или средней потерей слуха, когда польза от слуховых аппаратов не настолько очевидна, родители говорят, что было бы лучше, если бы они узнали о диагнозе не так рано. Они хотели бы, чтобы период „неомраченного“ времени с ребенком был подольше.

* 1. **Семьи принимают диагноз по-разному.**

Хотя родители детей с тяжелой и высокой степенью тугоухости высказывают чувство удовлетворения при раннем выявлении диагноза, сам диагноз является для них полной неожиданностью. У родителей возникают сотни вопросов, на которые у них пока нет ответов, так как родители детей с нарушением слуха, как правило, не имеют в семье опыта с такого рода нарушениями. Эти родители часто полны переживаний при мыслях о том, что потерял их ребенок и чего у него в жизни никогда не будет. Чтобы разобраться с этими чувствами, родителям требуется время. Им нужно время, чтобы на свой манер справиться с потерей, которую они понесли. В их горе им требуется свой собственный „ритм“ для того, чтобы выразить гнев, смириться с фактами и найти всему этому место в своей жизни. Понятно, что реакция на ранний диагноз нарушения слуха от семьи к семье может значительно отличаться, при этом свою роль играют самые различные факторы. Стабильные семьи с хорошими социальными и семейными связями реагируют и разбираются со своими чувствами не так, как родитель-одиночка, воспитывающий один своего ребенка и не имеющий большой поддержки. Иногда большие семьи из более низких социальных слоев оказывают в новой ситуации больше поддержки, чем родители с высоким уровнем образования. Как уже было упомянуто, разные реакции могут вызывать как степень, так и причина нарушения слуха. Также известно, что вид, как люди реагируют на физическое нарушение, взаимосвязан с той культурой, в которой они живут. Христианские, еврейские и исламские культуры имеют отличающееся мировоззрение в отношении физических пороков развития, инвалидности и страдания. Здесь, однако, опасно думать по стереотипу. Наш опыт показывает, что даже внутри отдельных культур у каждой семьи и даже у отдельных членов семьи свои взгляды и чувства, отличающиеся от других.

* 1. **Виртуальное присутствие реально.**

Это значит, что в основу качественного сопровождения родителей необходимо всегда включать подробные беседы с каждым членом семьи, нельзя использовать универсальный стандартный инструктаж как программу к действию для всех. Реальность учит нас, что до сих пор большая часть рекомендаций для домашнего воспитания разрабатываются преимущественно при сотрудничестве с матерью. Но это не означает, что отец, бабушки и дедушки, а также другие дети в семье не должны привлекаться к воспитательному процессу. В разговоре с матерью мы можем спросить, как, по ее мнению, справляется с диагнозом ребенка ее муж, или как отреагировали на диагноз бабушка и дедушка. „Виртуальное присутствие“ членов семьи иногда может оказывать большее воздействие, чем его реальное присутствие. Это наглядно показали мне долгие и тяжелые беседы с одной матерью, отказывающейся от КИ для своего ребенка. После многочисленных разговоров мать, наконец, призналась, что ее муж очень боится любых хирургических вмешательств на своем ребенке. Она рассказала, что его брат умер во время операции, когда ее мужу было 4 года, и поэтому он против любой операции, даже если она поможет его ребенку слышать.

* 1. **Диагноз как переломный момент в жизни.**

Возвращаясь к нашей первоначальной теме, очевидно одно: раннее выявление диагноза нарушения слуха меняет отношения между родителями и ребенком, меняют их восприятие своего ребенка. Момент выявления диагноза действительно разделяет жизнь ребенка и его семьи на „до и после“. Диагноз ставит поворотную точку, а в случае с глухотой часто означает конец устоявшейся, относительно беззаботной ситуации. Он навсегда изменяет вид родительского восприятия своего ребенка, а в большинстве случаев и вид их взаимоотношений. Этот момент изменяет также всю организацию семейной жизни в целом. В зависимости от размеров потери слуха, с этого момента родители начинают поддерживать более или менее постоянный контакт с врачами, аудиологами, сурдопедагогами и социальными работниками, а также, по всей вероятности, через участие в родительских группах или организациях – с другими родителями детей с нарушенным слухом. Они будут искать в интернете информацию по своим новым проблемам, которая их раньше не интересовала, читать книги, которые бы раньше не взяли в руки, регистрировать в своем социальном окружении буквально все, что связано с потерей слуха, особенно в первое время после постановки диагноза. С этого момента они будут внимательно наблюдать за каждым взрослым и ребенком со слуховым аппаратом. Они будут обращать на это внимание в журналах и в телевизионных передачах.

Они возвратятся к своим юношеским представлениям о глухоте с целью их переосмысления. Все это подавляет их, они не в состоянии примириться со своим собственным малышом и своей собственной жизнью. Не трудно понять, что профессиональная помощь может быть очень полезной родителям, чтобы осмыслить эти впечатления и найти им правильное место в своей жизни.

**Глава 2. Интеракция между ребенком и близким человеком.**

**Цели обучения.**

Если развитие речи проходит у ребенка не так, как ожидают от него родители и другие лица, принимающие участие в воспитании, то очень часто они перенимают в общении с ребенком контролирующий стиль коммуникации, противоположный стимулирующему, поддерживающему коммуникативному стилю.

 В этой главе читатели научатся видеть различие между этими двумя стилями общения. Они научатся понимать, почему родители или другие близкие люди при общении с ребенком с нарушенным слухом или речью часто склоняются к приказному и контролирующему (а не к поддерживающему, как хотелось бы) лингвистическому поведению. Они узнают, почему поддерживающий стиль функционирует лучше, чем контролирующий. Читатели узнают, что понимается под концепцией „коммуникативного дисбаланса“ в отношении нарушения слуха. Также будет показано, почему воздействие такого дисбаланса резко меняется в эру аудиологического скрининга новорожденных и адекватного раннего вмешательства.

**2.1. Изменение восприятия.**

После проведения аудиологического скрининга новорожденных родители чувствуют себя наиболее комфортно, если им сразу же предлагаются последующие мероприятия в форме хорошего медицинского и аудиологического сопровождения. Это не значит, что ранний, неожиданный диагноз нарушения слуха и предложенное их ребенку раннее вмешательство не окажутся для родителей шоком, как мы уже говорили. Ранее был опубликован ряд исследовательских работ, занимающихся темой, как диагноз нарушения слуха изменяет естественный коммуникативный стиль общения между матерями и их детьми. Эти результаты исследований, скорее эмпирические, часто хорошо иллюстрируются в автобиографических книгах и описываются в повествовательной манере.

 Например, автор книги К.Робинсон, мать двух глухих дочерей Сары и Джоанны, описала в своей книге, как она потеряла свою родительскую интуицию в общении со своей дочерью, когда узнала, что девочка глухая. У нее было такое ощущение, что она больше не сможет настроиться на чувства Сары, и что она никогда не сможет понять ту странную жизнь, которая происходит в голове ее дочери. Такие мысли очень хорошо показывают, как глухота вызывает сначала чувство близости, но одновременно и чувство дистанции к другим, чувство несостоятельности и неспособности к взаимной интеракции. Хелен Келлер, ставшая в очень молодые годы глухой и слепой, судя по рассказам, говорила, что слепота отдаляет нас от предметов и вещей вокруг нас, в то время как глухота отдаляет нас от других людей. Поэтому не удивительно, что родители автоматически перестают разговаривать со своими детьми или петь с ними. С одной стороны, они думают, что это не имеет никакого смысла, а с другой стороны, часто они теряют всякое удовольствие от такого вида интеракции со своим ребенком. Часто они даже перестают слушать дома музыку. Как будто бы они чувствуют себя виноватыми, что наслаждаются вещами, в которых ребенок не может участвовать вместе с ними. Важной целью раннего родительского сопровождения является оказание им помощи в повторном обретении этой радости и в открытии того, что их ребенок действительно может наслаждаться тем, что родители признали потерянным. В недавнем прошлом, когда реабилитация еще не была такой успешной, какой она может быть сегодня, было не так-то просто сохранить веру в то, что остаточный слух ребенка с тяжелой степенью тугоухости можно развить. И хотя, например, было известно, что даже дети с тяжелой степенью тугоухости и с серьезными дополнительными проблемами получают удовольствие от слушания музыки и игры на музыкальных инструментах, многие специалисты описывали такие активные действия скорее как бесполезные или даже как пустую трату времени. Это очень хороший пример для того, что может случиться, когда мы берем на себя ответственность за воспитание ребенка с ограниченными возможностями.

Всегда есть опасность, что мы создадим для ребенка большое количество границ и ограничений, которые скорее „выведены интеллектуально“, а не базируются на реальных наблюдениях за фактическим поведения ребенка. Одна мама рассказала нам со слезами на глазах, как трудно ей было пользоваться телефоном, после того, как она узнала об ужасном диагнозе глухоты своей дочери. Она все время думала о том, что ее глухой ребенок в своей дальнейшей жизни никогда не сможет говорить по телефону. Сегодня девочке 8 лет. Несмотря на нарушение слуха, она перегоняет своих сверстников по развитию речи, и у нее нет никаких проблем звонить и разговаривать телефону. С другой стороны, возможно и такое, что мы требуем от своего ребенка того, что он не в состоянии сделать, и намечаем для него определенные цели, которые он в силу своих ограниченных возможностей никогда не сможет достичь. Некоторые глухие взрослые сегодня злятся на нормально слышащих людей, даже на своих собственных слышащих родителей, не давших им возможности овладеть языком жестов, а вместо этого заставлявших их учить то, что не принесло им никакой пользы. Единственный путь найти правильный баланс и распознать истинные потребности ребенка – это учиться быть внимательным и реагирующим. Это значит, что мы должны учиться очень чутко обращать внимание на сигналы развития, посылаемые ребенком, и соответственно на них реагировать. Это особенно важно для речевого развития глухих и слабослышащих детей. Целый ряд исследований свидетельствует о том, что родители ребенка с ограниченными возможностями в своем интерактивном поведении становятся более командующими и контролирующими, что они испытывают трудности в связи с тем, чтобы правильно настроиться на реальные потребности в развития речи своего ребенка. Родители часто развивают контролирующий стиль учителя речи, вместо поддерживающего стиля, содействующего развитию речи. В процессе обучения речи они перенимают на себя скорее роль учителя и говорят своему ребенку, что не соответствует роли матери, которая интуитивно говорит со своим ребенком в приятной и естественной манере. Основной причиной такого поведения является опасение родителей, что их ребенок никогда не научится говорить. Часто они хотят таким способом сразу же получить отклик на свое высказывание (т.е. реакцию ребенка на то, что говорят родители). Этот феномен проявляется чаще, когда дети уже достигли возраста говорения, но еще не говорят.

**2.2. Играть двойную роль.**

Это поразительное явление, что матери детей, развивающихся нормально, с самого начала рассматривают своего новорожденного малыша в роли действительного собеседника, а не ученика, которого надо обучать языку. Когда мать ведет протодиалог со своим малышом, которому от рождения всего несколько месяцев, то она настраивается на сигналы, подаваемые ребенком. Она повторяет воркующие звуки своего малыша и отзывается на них. Очень значительным аспектом так называемого “Motherese” – „материнского языка“ – является то, что матери в разговорах со своим малышом начинают играть как бы двойную роль16 . Когда малыш сообщает о своих потребностях плачем или другими звуками, мать автоматически переводит эти высказывания в языковую речь. Когда ее малыш плачет, она интерпретирует эти звуки и говорит: „Ты проголодался, мой маленький? Ш-ш-ш, мама уже идет!“ Через такое высказывание мать пытается не только успокоить своего ребенка; совершенно интуитивно и неосознанно она выполняет отличную работу, помогая ребенку освоить язык. Сначала она переводит коммуникационное намерение ребенка на обычный язык, принятый в его окружении. Мать может говорить по-английски, по-немецки, по-испански или на любом другом языке, на котором ребенок хотел бы что-то сказать, но пока не умеет. Она говорит: „Ты проголодался?“ и таким образом точно выражает желания ребенка: ребенок хочет сказать „Я голодный“. Очень важно понимать это. Матери не нужно объяснять ребенку значение выражения „Я голодный“. Она скорее предлагает ребенку слова, значение которых он уже знает. А затем, после того, как она предложила ребенку фразу, которую он еще не может произнести, она дает свой собственный ответ: „Ш-ш-ш, мама уже идет!“ Материнским инстинктом заложено всегда ставить на первое место потребности ребенка – и язык также не является исключением. Мать сначала накормит голодного ребенка, прежде чем съест что-нибудь сама. Так и здесь: она сначала предложит ребенку необходимый ему языковой материал, а лишь потом даст соответствующий ответ. Под этим аспектом мы видим, что мать создает реальную беседу, перенимая на себя обе роли одновременно: роль говорящего и роль слушающего. В этой двойной функции она играет, с одной стороны, роль ребенка как инициатора диалога и, с другой стороны, свою собственную роль как слушателя в этом диалоге, сперва говоря за ребенка, а затем отвечая на его коммуникативное высказывание. Эта важная особенность в общении матери с ребенком сохраняется во время речевого развития ребенка на длительное время – предположительно до того времени, пока развиваются его речевые навыки. В таком поддерживающем материнском стиле речи важно то, что нет „принуждения“ к обратной речи. Матери предлагают ребенку конкретную речевую модель, явно не требуя от него повторения сказанного. И, о чудо! – начиная с определенного возраста дети добровольно, без приглашения, начинают повторять то, что говорят родители – хотя, если их побуждать к этому напрямую, то они часто отказываются. То есть, как мы видим, дети в этом отношении не отличаются от взрослых. Вероятно, человек уже в самом начале своей жизни ценит свою свободу и предпочитает контролировать себя сам, а не быть контролируемым, или, по крайней мере, хочет иметь иллюзию, что он это делает самостоятельно.

**2.3. Близкими людьми овладевает неуверенность и страх.**

Однако исследовательские работы в области стиля интеракции нормально слышащих родителей со своими глухим и слабослышащим детьми показывают, что часто в первую очередь они хотят сами контролировать речевой результат у детей. Вид, как они формулируют высказывания своего ребенка, не соотносится с реальным потенциалом и растущей потребностью ребенка применять речь. Нинхус (Nienhuys), Кросс (Cross) и Хорсбороу (Horsborough), пионеры в этой области, обнаружили, что, начиная с 2-летнего возраста ребенка, матери глухих и слабослышащих детей для получения хорошего понимания отдают приказаний больше и задают вопросов меньше, чем нормально слышащие матери нормально слышащим детям в этом возрасте. Однако эти авторы предупреждают, что опасно сравнивать стиль интеракции слышащих матерей детей с нарушением слуха и матерей нормально слышащих детей, исходя исключительно из сопоставления хронологического возраста детей. Намного целесообразнее сопоставлять между собой возраст речи детей с нарушенным слухом и детей без патологии слуха. Занявшись этим, авторы выяснили, что многие (хотя и не все) отличия между обоими группами матерей исчезли. Когда они провели сравнение двухлетних глухих и слабослышащих детей с однолетними нормально слышащими, то не нашли никаких различий в речевых стилях нормально слышащих матерей. Когда же было проведено сравнение 5-летних глухих детей с 2-летними слышащими детьми, стоящими на одинаковой ступени развития речи, то были выявлены существенные различия. Характерным отличием одной группы от другой было то, что матери детей с нарушенным слухом были склонны формулировать речевые высказывания своих детей в гораздо меньшей степени, чем матери слышащих детей. Матери больше не перенимали на себя речь детей и не произносили ее вслух, как это инстинктивно делают матери с нормально слышащими детьми младшего возраста. Это значит, что дети с нарушенным слухом, как правило, получают недостаточную поддержку в своем речевом развитии10. Важность этого исследования заключается в предположении того, что вид интуитивной речи, направленной на ребенка, существует, но не находится в хорошо сбалансированном равновесии. Важной целью раннего вмешательства является задача помочь родителям найти равновесие между чрезмерной и недостаточной стимуляцией и точно настроиться на уровень развития своего ребенка. Различные исследователи отмечают, что нормально слышащие матери демонстрируют крайне контролирующий, а иногда даже назойливый, стиль интеракции. Часто можно видеть, что родители ребенка с нарушением слуха в игровой ситуации пытаются определять тему беседы – гораздо чаще, чем это делают родители слышащих детей – и, в связи с этим, также имеют тенденцию навязывать ход игровой ситуации. При анализе видеозаписей можно часто увидеть, как родители и их дети вместе играют игрушками в крестьянский двор. В большинстве случаев дети начинают игру с выяснения, как открываются и закрываются двери фермы. Вместо того, чтобы подключиться к интересам ребенка, очень часто родители сразу же задают вопросы о названии отдельных животных. Они спрашивают: „Это что за зверь?“ „А это кто такой?“, вместо того, чтобы подождать и понять, что же ребенок хочет им сказать, исследуя двери. Вуд (Wood) и его сотрудники описали пять ступеней речевого контроля.17 Наивысшая степень контроля – это побуждать детей точно повторить сказанное им слово: „Скажи ‚лошадь’!“ Это самая сильная форма речевого контроля, т.к. мать точно знает, что должен сказать ребенок. На второй ступени ребенок должен выбрать одно слово из двух, предложенных ему родителями – черный или зеленый, сладкий или кислый, папа или мама? Третья ступень – это ступень вопросов с вопросительным словом – вопросы с как, где, почему, когда и кто(что). На этой ступени взрослый контролирует речь ребенка в меньшей степени, но все еще в какой-то степени направляет ответ ребенка в определенное русло. На вопрос „когда“ нельзя ответить, называя место действия (как было бы после вопроса с „где“). На четвертой ступени взрослый участвует в диалоге, но позволяет ребенку самому свободно определять, в каком направлении должен идти разговор. На пятой ступени, степени минимального контроля, взрослый не делает ничего другого, кроме как подбадривает ребенка в повествовании его собственной истории, время от времени подавая реплики типа „ага“, „здорово“ или „хм“. Проблема заключается в том, что, если родители применяют высшую ступень речевого контроля, а ребенок способен только к более низкой, то кратковременная память для обработки речевой информации стимулируется не достаточно. Дети не учатся также формулировать свои идеи и выражать свои мысли четким языком, и, таким образом, они становятся „ненастоящими“ собеседниками. Мы должны понимать, что этот контролирующий, менее поддерживающий стиль интеракции не является неизбежным компонентом коммуникативного стиля слышащих родителей с глухим ребенком1. Предполагается, что контролирующий стиль взаимодействия часто вызван страхом, беспокойством и недостаточной верой в то, что ребенок может научиться говорить спонтанным и естественным образом. Здесь можно применить следующую метафору: вместо того, чтобы поверить, что цветы растут, когда мы спим, мы начинаем вытягивать их, чтобы помочь им вырасти. Однако при этом есть опасность, что цветок может надломиться. Так, сначала мы должны научить родителей внимательно слушать своих детей и переводить коммуникативные намерения ребенка в хорошую речевую форму, как это интуитивно делают родители в общении с нормально развивающимися детьми.

**2.4. Нельзя научить материнскому языку.**

Нельзя научиться материнскому языку, разработав хорошо структурированный учебный план. Ни один родитель не заканчивал курсов, как научить говорить своего ребенка. В первую очередь ребенок развивает способность говорить на родном языке, когда его невербальные коммуникативные намерения переводятся в речевые сообщения, или когда неполная речь ребенка воспроизводится более точно. Для этого существует технический термин “recasting” (переливка). Хотя некоторые специалисты определяют термин recasting несколько иначе, рассматривая термины recasting и экспансия как синонимы, в основном речь идет об „ответах, сохраняющих основное значение и форму детского высказывания, но включающих в себя возможность расширения, т.к. ответ показывает более комплексную структуру речи, чем предыдущее высказывание ребенка“

Здесь мы хотели бы подчеркнуть, что отправной точкой должны являться коммуникативные сигналы ребенка. Это также означает, что мы должны очень точно наблюдать за тем, как ребенок реагирует на нашу поддерживающую стимуляцию, и ожидать, что ребенок будет из этого учиться. Мы должны внимательно наблюдать за тем, что делает ребенок с „перелитой/переформулированной“ речью родителей. Смотрит ли ребенок на родителей, когда говорит? Проявляет ли такое поведение „совместного внимания“ все чаще и чаще? Готов ли ребенок спонтанно имитировать речь родителей или нуждается для коммуникации в невербальных жестах и имитирует только их?

Существует много причин, почему поддерживающий стиль лучше, чем контролирующий. Поддерживающий коммуникативный стиль по своей природе построен на диалоге. Родители ведут настоящий разговор со своим ребенком, а не играют роль учителя. Они обогащают языковой ввод речи посредством реального, спокойного разговора, не оказывая давления на ребенка. Такая гармоничная и естественная атмосфера при презентации речи способствует созданию отношений и тесной связи между взрослыми и ребенком. Она помогает ребенку быть готовым и открытым к восприятию этой новой речевой информации. Если говорить лингвистическим языком, то отличное равновесие между референтом и речевым значением существует тогда, когда родители переводят невербальные намерения в вербальные. Если родители используют речь для того, чтобы комментировать действия ребенка в настоящий момент, также есть большой шанс, что „Mapping“ – связь между речью, предлагаемой родителями, и значением, которое предполагает ребенок, будет корректна. Когда родители в свободной форме беседуют с ребенком на какую-либо тему, интересующую ребенка, они тоже используют речевые характеристики, упрощающие язык. Вероятно, более выразительная мелодия предложения, большее количество повторов и более четкий речевой ритм облегчают память для освоения речью. В прошлые годы такое идеальное общение между слышащими родителями и детьми с тяжелой степенью тугоухости было скорее исключением, а не нормой. Исследователи установили, что часто родители не только контролируют и навязывают освоение речи; ученые видели проблему большинства нормально слышащих родителей еще и в том, что им не хватает стратегий привлечения внимания, направленных на создание коммуникационного стиля, базирующего в большей степени на визуальных раздражителях – чтении с губ или языке жестов. Некоторые ученые-лингвисты придерживались мнения, что между слышащими родителями и глухими детьми существует фундаментальный коммуникативный дисбаланс.

Этот важный аспект мы будем рассматривать в следующей главе. Также мы исследуем те изменения, которые были вызваны введением универсального аудиологического скрининга новорожденных и следующей за ним аудиологической и педагогической помощи.

**2.5. Коммуникативный дисбаланс.**

Многие исследования, проведенные в колледже Геллодета, единственном в мире университете для глухих студентов, описывают коммуникацию между слышащими родителями и их глухими детьми как коммуникативный дисбаланс. В этих исследованиях часто сравниваются между собой парные констелляции „глухая мать-глухой ребенок“ и „слышащая мать-глухой ребенок“ В колледже Геллодета язык жестов рассматривается как первичный язык глухих людей, внимание остаточному слуху уделяется в меньшей мере. Большинство исследований проводились с детьми, не являющимися носителями кохлеарных имплантов (КИ), по крайней мере, в младшем возрасте. Хотя времена изменились, и имплантаты дали возможность глухим детям слышать уже в раннем возрасте, эти результаты сохранили свою высокую релевантность и на сегодняшний день. Они показали, что у большинства слышащих родителей глухих детей (а у более, чем 90% детей с нарушением слуха

слышащие родители) явные проблемы в изучении и свободном использовании языка жестов. С одной стороны, их словарный запас, по сравнению со словарным запасом носителей языка жестов как родного языка, остается скудным. С другой стороны, слышащие родители большую часть времени используют в качестве вида коммуникативной стратегии так называемую „синхронную коммуникацию“ (‘SimCom’). Они говорят и используют жесты для подкрепления своей речи. Обычно родители не осознают и не владеют знаниями о специфичной внутренней грамматике языка жестов. Многие исследования показали, что слышащие родители не располагают прагматическими стратегиями для привлечения необходимого внимания, чтобы начать визуальный разговор (в отличие от устного разговора). Прагматические правила успешной визуальной беседы очень отличаются от правил „аудитивно-орального“ разговора.

Так, например, не трудно понять, что рассказывать сказку глухому ребенку, который не может слышать речь, нужно совсем не так, как рассказывают ее слышащему ребенку или ребенку с нарушением слуха, слышащему речь благодаря КИ. В то время, как слышащий ребенок может сидеть на коленях у матери и разглядывать картинки в книжке, о которых ему рассказывает мать, глухой ребенок, чтобы понять, о чем рассказывает мать, должен смотреть то на мать, то на картинки. В то время, как ребенок с нормальным слухом может слушать и смотреть одновременно, то для ребенка с нарушенным слухом, нуждающегося для понимания в языке жестов или в чтении по губам, требуется поочередная („сукцессивная“) визуальная стратегия, включающая в себя чередующийся подход, описанный выше. Исследователи показали, что для слышащих матерей это не является само собой разумеющимся, и что в коммуникации со своим ребенком им часто приходится переживать неудачи. Исследования также показали, что глухие матери часто пытаются жестикулировать в поле зрения ребенка, если он что-то рассматривает. Например, они показывают жест „мяч“ над изображенным на картинке мячом в поле зрения ребенка. Такие специфическая адаптация в использовании жестов при общении с очень маленькими детьми также называется „ материнский язык“ или „язык, направленный на ребенка“. Глухими матерями он используется интуитивно, но не используется матерями с нормальным слухом. Эти исследования выявили, что для многих слышащих родителей очень не просто передать своим детям с нарушенным слухом высокий стандарт в языке жестов. Слышащим матерям часто рекомендуется привлекать в качестве учителей глухих взрослых, которые могут облегчить им как изучение языка жестов, так и обучение специфическим стратегиям, чтобы вместо аудитивной коммуникативной системы создать и реализовать визуальную. Помимо всего, такие наставники должны оказать на слышащую мать положительный психологический эффект, на их примере мать видит, что глухие люди тоже могут жить полноценной жизнью и реализовать себя как личности. Необходима еще большая исследовательская работа для обоснованного подтверждения этих и других высказываний. Было бы интересным исследовать влияние таких наставников на чувство уверенности матерей в собственные способности как матери: в свою способность воспитать и вырастить глухого ребенка. Какое влияние на отношение к матери оказывает осознание ребенком того, что собственная мать может общаться с ним менее свободно, чем чужой глухой взрослый?

Исследования указывают на то, что с введением аудиологического скрининга новорожденных и проведением раннего вмешательства, ситуация кардинально изменилась. Слышащие матери чувствуют себя в обращении со своим проимплантированным малышом более уверенно, чем слышащие матери детей с нарушенным слухом без КИ. Мы видим, что слышащие матери, когда они играют со своим глухим ребенком или рассказывают ему истории, интуитивно обращаются к своим естественным стратегиям взаимодействия. Родители учатся, что их ребенок, если он „в настроении слушать“, адекватно реагирует на то, что они говорят, даже не глядя на них. Их дети даже используют так называемую „смену голосов“, к чему раньше они не были способны. Дети скорее спрашивают о пояснении, если они что-то не поняли. На базе исследований мы видим, что гораздо проще для слышащих матерей и семей помочь своему глухому ребенку стать „более нормальным ребенком“, чем склонить их самих стать „более похожими на глухих людей“. Вероятно, что это относится и к глухим родителям слышащих детей. Они часто чувствуют себя комфортнее, увереннее, успешнее, если они воспитывают своих детей с помощью языка жестов.

**2.6. Призыв к осторожности.**

Сейчас как раз подходящий момент призвать к осторожности и поразмышлять над определенными аспектами. Действительно, КИ способствовали качественному скачку для слухового потенциала глухих и слабослышащих детей. Однако большое „многообразие в глухоте“ все же сохраняется. Даже на сегодняшний день не все дети проходят аудиологический скрининг новорожденных и получают своевременное слухопротезирование надлежащими слуховыми аппаратами. Не все дети хорошо справляются со своим имплантом, примерно одна треть всех детей с нарушением слуха имеет другие дополнительные проблемы. Даже дети, проимплантированные в раннем возрасте, не такие же точно, как нормально слышащие дети. Не у всех родителей одинаковая компетентность в воспитании детей и общении с ними. Мы живем в мире, который очень разнообразен. Это значит, что, давая рекомендации родителям, мы должны очень внимательно наблюдать за интеракцией между родителями и ребенком.

Как отмечает в своем исследование Мейберри, не играет никакой роли, на каком языке ребенок думает первоначально. Важно то, что это язык, на котором он получает высококачественный вводный материал и к которому у него есть полный доступ. Тогда у детей с хорошо развитым первым языком есть возможность на его основе овладеть и вторым языком. Поэтому стало очень важным определить, к какому языку, т.е. к языку жестов или языковой речи, у ребенка с нарушением слуха лучший доступ. Не трудно понять, что это зависит как от способностей ребенка, так и от вида его социального окружения. Способен ли ребенок с помощью своих слуховых аппаратов или КИ различать звуки речи? Находится ли ребенок в той среде, которая позволяет ему слышать звуки речи? Есть ли у ребенка дополнительные трудности при освоении речью или нет? Применяют люди в окружении ребенка языковую речь или язык жестов, или комбинацию из этих двух языков? Все эти факторы играют важную роль при решении, какие рекомендации для ребенка и его семьи будут наиболее полезными.

**Глава 3. Как оказать помощь родителям и близким людям?**

**Цели обучения.**

В этой главе исследуется различие между прямой и опосредованной стимуляцией речи. При прямой стимуляции ребенок стимулируется более или менее искусственным путем профессиональным специалистом. При опосредованной стимуляции специалист также привлечен к процессу, чтобы помочь родителям и другим близким лицам разработать коммуникативную среду, в которой ребенок может обучаться речи как можно более естественно.

Читатели ознакомятся также с тем, что значит создать для детей с нарушенным слухом позитивный „коммуникативный базовый климат“. Они научатся понимать, что психологическая поддержка тесно связана с задачей усиления роли родителей и окружения ребенка с нарушением слуха в воспитательном и развивающем процессе. И наконец, читатели этой главы узнают о нескольких основных стратегиях, которые могут применяться в программных рекомендациях для домашнего пользования, с целью поддержать родителей и других участников воспитания в их роли успешных наставников речи.

**3.1. Прямая и опосредованная стимуляция.**

Прежде чем мы сможем обсуждать определенные аспекты и стратегии по поддержке родителей, очень важно осознать, что родители и специалисты-педагоги играют в освоении речью ребенком с нарушенным слухом разные роли. Родители не должны играть роль специалистов, и наоборот, специалист не должен перенимать роль родителей. У обеих сторон свои специфичные и дополняющие друг друга функции, помогающие детям с нарушенным слухом научиться говорить и освоить язык. В этой главе роль воспитательного персонала стоит в узкой связи с ролью родителей и в значительной мере отделена от роли специалистов по раннему вмешательству. Причина того, почему так важно проводить такое отличие, объясняется с помощью педагогической модели, базирующейся на выводах нидерландского психолога по специальному обучению Кока5. Эта модель очень полезна для понимания роли родительского консультанта в рамках программы по раннему вмешательству. Кок (Kok) пришел к выводу, что каждый ребенок со специфичными проблемами, с такими, как задержка умственного развития, аутизм, поведенческие нарушения, поражения зрения, тугоухость и т.д., нуждается в специальных педагогических подходах к решению своих специфических педагогических проблем. В то время как воспитание нормально развивающихся детей обычно протекает интуитивно, воспитание детей со специфичными проблемами имеет более целенаправленную или „преднамеренную“ природу. Ответы на эти специфичные педагогические вопросы образуют трехуровневую систему. Первый уровень называется „ воспитательный базовый климат“.

Второй уровень составляет терапия , а третий уровень представлен индивидуальным планом действий , выработанным индивидуально для каждого ребенка и его семьи. Если мы хотим воспитывать ребенка, способствуя его развитию в соответствии с его специфичными воспитательными потребностями, мы прежде всего должны создать воспитательный базовый климат, отвечающий основным потребностям ребенка. Известно, что основной потребностью ребенка-аутиста является хорошо структурированный распорядок дня, в то время, как слепой ребенок должен жить в хорошо знакомом ему окружении. Ребенку с нарушением слуха прежде всего необходимо такое социальное окружение, которое позволит ему в полной мере использовать возможности своего коммуникативного потенциала. Базовый климат включает в себя, с одной стороны, специфичную организацию пространства и времени , а с другой стороны, хороший педагогический контакт с главными участниками воспитательного процесса. Ниже будет подробно объяснено, что это означает для ребенка с нарушенным слухом. Второй уровень – это уровень специальной терапии. Этот второй уровень не будет иметь действительного значения или настоящей пользы, если он тесно не взаимодействует с первым уровнем. Без хорошего воспитательного базового климата у терапии нет основополагающей базы для эффективной работы.

Третий уровень – индивидуальный план действий – составляется, обязательно основываясь на первом и втором уровнях.

**3.2. От теории к практике.**

Как перенести эти теоретические знания на практику, будет шаг за шагом проиллюстрировано на примере ребенка с нарушением слуха. Одним из подходов в терапии детей с нарушением слуха младшего возраста является аудитивно-вербальный метод, при котором ребенок систематически обучается слушать. Дети учатся понимать отдельные звуки, которые они слышат вокруг себя, различать эти звуки, локализировать и идентифицировать их (включая также звуки речи). Такой вид терапии, соответствующий второму уровню Кока5, не будет очень ценным, если он не интегрирован в базовый климат, способствующего тому, что дети постоянно, ежедневно и ежечасно, учатся слушать дома. Какая польза может быть от такого вида терапии, если родители не заботятся ежедневно о том, используются ли слуховые аппараты, или если они, все еще раздавленные заботой и болью, не хотят надевать своему ребенку слуховые аппараты или речевой процессор КИ, или не меняют вовремя батарейки?

Такой вид терапии, который проводится лишь несколько раз в неделю, не может быть очень полезным, если повседневная среда ребенка настолько громкая, что он не может ни слышать, ни различать звуки

речи, даже если он правильно носит свои слуховые аппараты. Как мы видим, все эти аспекты связаны с качеством жизненного пространства , который был описан выше как составная часть воспитательного базового климата глухого ребенка. Во время одного из домашних визитов специалист-консультант обнаружил, что глухой младенец был посажен на детское сидение, стоящее на полу вблизи от охлаждающего вентилятора компьютера, который тоже стоял на полу. Родители не осознавали, что шумовой фон на этом месте примерно на 10-15 децибел выше, чем где-либо в доме. Величина шумового фона в учреждениях дошкольного воспитания может быть еще выше; это может быть детский крик или просто шум в помещении, имеющих очень часто высокую степень реверберации (гулкости).

Предоставляя детям младшего возраста с помощью слуховых аппаратов или КИ полный доступ к языковой речи, то в первую очередь мы предоставляем им окружающую среду, включающую все звуки в полном объеме. Акустическая гигиена окружающей среды ребенка с нарушенным слухом – важная тема для рекомендаций родителям.

Пока мы не можем быть уверены, что ребенок с нарушением слуха в состоянии удовлетворительно овладеть речью, предлагаемую ему лишь попутно – т.е., если он слышит в своей среде речь, наполненную содержанием, но не направленную специально на него – до тех пор взрослые в окружении ребенка должны посвящать ему большое количество времени и внимания, чтобы ребенок смог овладеть языком и речью. Потребуется немало усилий, по крайней мере, на начальном этапе, для того, чтобы вовлечь ребенка с нарушенным слухом в коммуникативное взаимодействие. Совершенно очевидно, что такие интеракции наиболее эффективны, если они действительно соответствуют коммуникативным потребностям ребенка. Как мы уже упоминали, некоторые стили родительских интеракций стимулируют и поддерживают развитие речи ребенка в большей степени, чем другие. При поддерживающем интерактивном методе от родителей требуется реагировать на детей и быть в состоянии переформулировать коммуникативные намерения ребенка в языковую речь, а также комментировать темы, интересующие их малыша. И эта цель должны преследоваться и выполняться на протяжении всего дня. Каждое действие и каждый ход событий, в которых ребенок принимает участие, должны использоваться для того, чтобы обогатить его язык. Родители или другие участники воспитательного процесса должны осознавать, что языковая речь, используемая во время совместных действий, становится важнее, чем само действие. Во время пеленания диалог с ребенком должен быть важнее, чем само пеленание. Когда ребенок станет постарше, гораздо полезнее, например, если ребенок вместе с мамой помогает готовить обед и накрывает на стол, а не сидит перед телевизором в то время, как мама по-быстрому готовит сама. Конечно, в этом случае само действие затягивается, но такая затрата времени стоит того и щедро окупается улучшенной коммуникацией с ребенком и его успехами в развитии речи.

Создание надлежащего коммуникативного базового климата, с вовлечением в него дружелюбных и любящих взрослых, инвестирующих достаточное количество времени в развитие ребенка, является первым уровнем помощи, которую мы должны оказать ребенку с нарушением слуха. Выполнив эту задачу, мы создадим питательную среду, в которой речь может развиваться дальше, среду, предлагающую плодородную почву для развития языка и речи – и при таком развитии логотерапия (или терапия, с помощью которой ребенок учится слышать) может оказать свое максимальное действие. Родители, которые обращают внимание на коммуникативные сигналы, посылаемые их ребенком, и осознающие, как их ребенок функционирует в мире звуков и шумов, будут пытаться также включать в свою повседневную жизнь те элементы, которые они наблюдают на индивидуальных занятиях со специалистами, они будут творчески подходить ко всему новому, что они видят и слышат дома, на улице и где-либо еще, куда они идут со своим ребенком. Третий уровень, описанный Коком – это уровень индивидуального плана действий. Так как индивидуальные и специфичные потребности каждого ребенка и каждой семьи различны, программа развития должна разрабатываться с учетом всех этих индивидуальных особенностей. Помимо того, форма необходимой поддержки родителей в течение времени также претерпевает изменения, поскольку ребенок становится старше.

**3.3. Чем позднее ставится диагноз, тем специфичнее потребности в воспитании.**

Чем младше ребенок при постановке диагноза и начале раннего вмешательства, тем больше его неврологические слуховые каналы соответствуют слуховым каналам слышащих детей. Это означает, что речевое развитие может частично базироваться на сопутствующем обучении, и что воспитание ребенка может быть более естественным и интуитивным. „Зеленый период“ до 6-недельного возраста может рассматриваться как ,благоприятный‘, в то время, как период оранжевого цвета от 6 месяцев до 5 лет как ‚период риска‘. При установлении диагноза в „красной фазе“ ребенок не сможет полностью реализовать свой аудитивный потенциал с помощью технологии, существуемой на данный момент. Для того, чтобы быть в состоянии овладеть языковой речью и языком жестов, глухому или слабослышащему ребенку слышащих родителей потребуется специальное обучение.

**3.4 Помощь родителям в усилении их полномочий.**

В соответствии с вышесказанным, основной целью родительской поддержки является усиление роли родителей, мотивация родителей эмоционально настроиться на коммуникативный процесс со своим ребенком и помочь им создать соответствующий коммуникативный базовый климат. Если мы хотим, чтобы ребенок развил свой лингвистический, интеллектуальный и социально-эмоциональный потенциал и стал полноценным членом общество, в котором живет, то это является обязательным условием. За последние годы в консультировании родителей произошла смена парадигмы.

Специалистам, консультирующим родителей, стало ясно, что сами родители должны быть более уверенными и самостоятельными в воспитании своего ребенка, а эксперты не могут занимать их место. Очень важно, чтобы родители сами видели успех в коммуникативном и речевом развитии своего ребенка. Хорошим масштабом по оценке результатов родительского консультирования являются наблюдения, свидетельствующие о том, что родители и ребенок вновь обретают радость во взаимных коммуникативных интеракциях. Если они действительно получают удовольствие от совместных интеракций, то можно быть уверенным, что выигрывают обе стороны, и ребенок действительно многому может научиться.

Прежде, чем рассмотреть некоторые стратегии, полезные для родителей при создании коммуникативного базового климата и укрепления их активной родительской позиции, мы считаем необходимым подчеркнуть, что работа с одним только ребенком никогда не может быть целью домашнего консультирования. Действительно, нарушение слуха ребенка является прямой ‘причиной‘ для необходимости проведения раннего вмешательства и работы с родителями. Но ребенок является частью целой системы. Важно осознавать, что нарушение слуха ребенка затрагивает не только его одного, но и всю его семью. В качестве иллюстрации представьте себе мобиле, какие часто подвешивают над кроваткой младенца. Если мы затронем один элемент мобиле, то и другие элементы начинают двигаться, потому что они связаны между собой. Таким же образом связаны между собой все члены одной семьи – только не ниточками, а интеракциями, эмоциями и мыслями. Эта связь между матерью и малышом очень сильна. Новорожденные сами по себе не существуют, а есть только пары „ребенок-родитель“.Младенец является живой (экзистенциональной) частью этих отношений. Без взрослого, заботящегося о нем, а в частности, без матери, новорожденный никогда не выживет самостоятельно. Не удивительно, что этой тесной связи больше всего вредит шок, вызванный нарушением слуха ребенка, особенно если сама мать не имеет нарушений слуха. Но и старшее поколение – бабушки и дедушки – также испытывают горе и обеспокоенность. Они как будто несут двойное бремя. Они одновременно переживают как за своего ребенка, так и за своего внука или внучку. Очень часто родители жалуются, что их собственные родители отказываются признавать как проблему ребенка, так и мысли о том, что их она тоже затрагивает в значительной мере, даже если они видят, что ребенок носит слуховые аппараты. Этот механизм отрицания очень ‚логичен‘. Когда мы противостоим шоку потери того, что является для нас очень важным, то первым срабатывает защитный механизм отрицания. Бабушки и дедушки ‚теряют‘ уверенность в совершенстве своего внука и одновременно с этим неомраченную радость общения со своим собственным ребенком. Однозначно, что такое отрицание со стороны бабушек и дедушек – это способ справиться с болезненным диагнозом, но оно не оказывает помощи ни собственным детям, ни внукам. Братья и сестры глухого или слабослышащего ребенка, его дяди и тети будут также затронуты проблемой. Мать глухого ребенка однажды жаловалась, что ее родная сестра никогда не предлагает малышу остаться у нее на ночь, хотя других детей в семье всегда охотно приглашает. Она так объяснила свое поведение: „Я боюсь, что не смогу справиться с кохлеарным имплантом ребенка“. Иметь ребенка с нарушением слуха – это не та проблема, которая существует в вакууме. Это проблема, которая ложится на все социальное окружение ребенка, и в первую очередь, на широкий круг его семьи. Позднее, когда ребенок пойдет в школу, нарушение слуха тоже будет оказывать воздействие на интеракцию с учителями и одноклассниками, на такие аспекты, как методика обучения и учебные системы.

**3.5. Вспомогательные стратегии по усилению полномочий родителей.**

**Домашние визиты.**

Посещение родителей и детей на дому – хорошая стратегия для укрепления родителей в их роли воспитателей и их мотивации для создания стимулирующего речевого окружения для их глухого или слабослышащего ребенка. Это относится и к посещениям ребенка в яслях, у няни-воспитательницы, у бабушек и дедушек или других лиц, заботящихся о малыше. Во время таких посещений специалистконсультант может выполнять различные функции. Меллер приводит шесть разных ролей.

**Источник информации.** Очень важно, чтобы специалисты передавали информацию обозримо и объективно, чтобы семьи стали независимыми сторонниками и учениками практических знаний. Еще важнее, чем давать специальную информацию – это помочь родителям критически анализировать полученную информацию.

**Роль тренера.** Если говорить образно, то в этой роли один из родителей сидит на месте водителя, а консультант – за его спиной (в противовес обратной ситуации, когда эксперт является „моделью поведения“, образцом для подражания). Специалист использует свои наблюдения, давая в нужный момент анализ результатов и ситуаций, чтобы поддержать и направлять интеракцию.

**Совместные экспериментаторы**. Меллер описывает эту роль как ведущую роль в модели партнерства. Вместо того, чтобы говорить родителям, что им делать, специалист-консультант может представлять свои или иные идеи как эксперимент. Консультант мог бы, например, сказать: „Интересно, посмотрит ли малыш на Вас, если Вы будете имитировать его звуки во время игры?“ В этом случае мы даем возможность отцу или матери взять инициативу на себя и даже заработать похвалу, если эксперимент удастся. Нет никакого сомнения, что уверенность в собственных силах у родителей окрепнет, если они будут видеть успехи. Если же специалист-консультант выступает сам как модель, то родители могут подумать, что у них так не получится, что они не смогут действовать так же, как специалист, и что успеха они никогда не добьются.

**Комментатор**. Роль комментатора заключается в том, чтобы передавать объективную обратную связь в форме заключений и выводов. Например: „Я заметил, что, когда Вы комментируете, Ваша дочь отвечает более длинными высказываниями, а не задает вопрос.“ Такая стратегия подчеркивает в первую очередь положительные стороны общения в семье.

**Партнер в игре.** Иногда консультанту нужно показать родителям новый навык или стратегию поведения. При этом у родителей возникнет мотивация применять эти навыки на практике только в том случае, если они сразу же получат возможность самостоятельно их испробовать и узнать на своем собственном опыте, что они действуют.

**Совместный отражатель и составитель плана**. По завершению домашнего визита важно совместно с родителями подумать о том, „чему мы сегодня научились“. Что получается, а что нет? Так можно сфокусировать взгляд на актуальных аспектах и совместно определить план на следующую встречу.

**Анализ видеозаписей.**

Анализ видеозаписей зарекомендовал себя как чрезвычайно полезный инструмент в наставлении родителей. Он дает возможность обсудить с родителями более объективно коммуникативное развитие ребенка и успехи в коммуникативных интеракциях, достигнутые совместными усилиями. При обсуждении видеозаписей вместе с родителями, им также дается возможность выступить в роли ‚комментатора‘ и прокомментировать собственные действия. Из опыта мы знаем, что такой вид работы намного эффективнее, чем моделированные интеракции из реальной повседневной жизни. Говоря примерно, анализ видеозаписей для работы с родителями можно подразделить на две группы. Эти два метода могут использоваться также комбинированно. Первая группа включает в себя видеозаписи бытовых повседневных действий, сделанные дома нестандартизированным способом. Вторая же группа содержит более или менее стандартизированные видеозаписи ситуаций, произведенных в условиях так называемых домашних лабораторий. Оба метода имеют свои достоинства и недостатки. Видеозаписи, сделанные дома, очень полезны при обсуждении коммуника-тивных интеракций из реальной повседневной жизни. Но они воспринима-ются как фактор вторжения чаще, чем съемка в домашней лаборатории.

Если вдруг в жилой комнате стоит камера на штативе, или кто-то с камерой в руках снимает ужин семьи, или если нужно передвинуть мебель, чтобы не отсвечивало при видеосъемке, то все это воспринимается более навязчивым, чем ситуация в домашней лаборатории. Под домашней лабораторией понимается специальная комната, оборудованная как жилая и оснащенная специальным видеооборудованием. В такой ситуации качество снятых кадров будет, конечно же, лучше. Если работать с двумя или более камерами (скрытыми или нет, в зависимости от обстоятельств), то можно лучше увидеть все детали и нюансы, что вряд ли возможно при обычной съемке. Однако в такой домашней лаборатории большинство интеракций являются игровыми, потому что все действия, например, сервировка стола, имеют тенденцию восприниматься как искусственные (как бы понарошку). Все зависит от того, что мы хотим увидеть и обсудить при помощи видеозаписей. Некоторые клинические специалисты сомневаются в целесообразности видеоанализа, т.к. они предполагают, что большинство родителей противятся этой идее (и что она их может даже шокировать). Однако опыт нам убедительно показал обратное: видеозаписи чрезвычайно высоко оцениваются родителями, они находят их полезными и информативными. Это не значит, что приобретение такого опыта для родителей очень приятно и доставляет удовольствие. Но ходить на обследования в больницу тоже не очень приятно, однако часто это необходимый (или даже единственный) метод для получения диагноза и эффективного лечения. А видеозаписи фактически являются превосходным методом обследования и анализа коммуникативного развития и интеракции. Этот метод может тотчас показать, находятся ли родители в гармонии с ребенком или нет. Видеоанализ сразу же выявляет, эффективен ли интерактивный стиль родителей и являются ли стратегии, которые они применяют, стимулирующими для развития речи.

Очень важно всегда обсуждать видеозаписи с родителями. Выбор времени и места проведения анализа может зависеть от постановки цели. Может быть полезным просмотр видеозаписи дома, сразу же после съемки нескольких бытовых ситуаций. Целесообразно также проводить детальный анализ, проводя обсуждение в спокойной обстановке и обязательно уделив для этого достаточное время. Конечно же, видеоанализ требует больших затрат времени. Микроанализ нескольких минут видеоматериала может с легкостью занять от 45 минут до часа времени, в зависимости от того, сколько аспектов анализируется. Однако с соответствующими инструментами и опытом время, необходимое для анализа, может быть значительно сокращено. Не нужно, например, анализировать всю видеозапись (это можно сравнить с анализом крови в лаборатории, где исследуется лишь малая часть крови, взятой на анализ). Опыт показывает, что аналогично и при анализе коммуникативной интеракции. Хорошо выбранного эпизода бывает достаточно, чтобы воспроизвести общую картину.

**Родительские группы.**

Предоставление родителям возможности встречаться с другими родителями детей с нарушением слуха – еще одна мощная стратегия в оказании помощи родителям в преодолении новых проблем, возникающих перед ними. Нет лучшего слушателя, и нет ничего целебнее, чем говорить с людьми, получившими тот же опыт. Диагноз нарушения слуха ребенка часто приводит к изменениям социального окружения родителей. Когда родители огорчены и озабочены, то есть риск, что некоторых друзей они потеряют. Могут быть затронуты и отношения внутри широкого круга семьи. Расширение социальной среды с вовлечением в нее других родителей детей с нарушением слуха может оказаться очень важным, когда разговор об этих новых проблемах в существующем окружении не дается легко. Помимо взаимной психологической поддержки, родители могут давать друг другу практические советы, как преодолевать те ежедневные маленькие проблемы, с которыми они сталкиваются постоянно. Я вспоминаю о группе родителей очень маленьких детей, которые вместе нашли решение фиксировать катушку КИ при помощи резинки для волос, они обменивались практическим опытом, как убедить детей носить речевой процессор, и так далее.

Сейчас мы кратко представим некоторые „апробированные и проверенные“ идеи по обмену опытом между родителями.

**Контакт с родителями.** Такой подход предполагает привлечение более опытных родителей, согласных на добровольной основе общаться и обмениваться опытом с менее опытными родителями ребенка с нарушенным слухом. Эти родители регистрируются службой психологической помощи родителям. Штат социальных работников этой службы занимается организацией контакта между такими родительскими парами, подходящими друг к другу. Такой подход идеален для родителей, которые не хотят участвовать в родительской группе, но все-таки ищут контакт с товарищами по несчастью. Такой сценарий часто случается, когда ребенок страдает редким синдромом со множественными проблемами.

**Формальные родительские группы.** Под такими группами мы подразумеваем группу родителей глухих и слабослышащих детей, регулярные встречи которых организует и проводит специалист. Наш опыт показал, что такие группы работают наиболее успешно, если у детей в группе похожие проблемы, и они примерно одинакового возраста. Такие группы предлагают хороший баланс между профессиональным сопровождением и неформальными дискуссиями по различным темам. Они очень информативны и оказывают хорошее психологическое воздействие. Мы видим, что в группе часто намного легче решать проблемы, чем делать это в одиночку.

Каждый специалист, работающий с глухими и слабослышащими людьми, знает, что по многим аспектам необходимо применять профилактический подход. Так как речь идет о „невидимой“ проблеме, то родителям не всегда ясны последствия глухоты. Мы тоже собрали опыт, что родительские группы являются хорошим форумом для обмена собственным положительным практическим опытом с другими родителями. Группы идеальны для обмена учебным материалом, опытом, альбомами и книгами, сделанными родителями со своими детьми, а также для обсуждения видеозаписей. Иногда родители при обсуждении различных аспектов детского воспитания более открыты и непосредственны, чем специалисты.

**Неформальные родительские группы.** Это родительские группы, встречающиеся регулярно, но без руководства со стороны специалистов. Такие группы часто образуются из бывших формальных, когда возникает особенно сильное содружество, и кто-то один готов взять на себя инициативу и создать группу. Если в такой группе принимают участие и дети, то шанс, что группа не распадется, увеличивается. Я вспоминаю о группе глухих подростков, которые регулярно ходили вместе в кино, а их родители в это время встречались и вели беседы в кафе.

**Семейные поездки.** Еще один путь для объединения родителей – организация семейных походов и экскурсий. При этом у родителей и специалистов появляется возможность познакомиться также с другими членами семьи, а для братьев и сестер детей с нарушенным слухом – хороший шанс для общения в неформальной обстановке. Во время таких мероприятий очень интересно понаблюдать, как родители ведут себя и общаются со своими детьми во время игр, еды и т.д.

**Семейные выходные дни.** Родителям маленьких детей с нарушением слуха предлагается возможность встретиться с другими родителями и специалистами со всей страны. Родители приезжают всей семьей, взяв с собой как детей с нарушением слуха, так и их нормально слышащих братьев и сестер. Во время встреч родителей для детей организуются активные игры, как правило, подростками с нарушенным слухом. Такие выходные дни дают родителям шанс всегда быть в курсе различных аспектов и мнений в области специального образования для глухих и слабослышащих и оставаться в контакте со специалистами и другими родителями. Для большинства родителей такие выходные дни оказывают стимулирующее воздействие, хотя они достаточно напряженные и вызывают сильные эмоции. Поэтому большинство родителей позитивно отзываются о приобретении такого опыта.

**Взаимные домашние посещения.** Еще один путь, благодаря которому можно объединить родителей – это взаимные посещения друг друга на дому. Две или три семьи собираются вместе и принимают участие в совместных действиях с детьми. Их можно организовать при сотрудничестве со специалистами службы психологической помощи. Специалисты-консультанты могут помочь в организации подобных мероприятий. Такие мероприятия предлагают отличную возможность для обсуждения различных аспектов воспитания детей с нарушением слуха, как в начале, так и по завершению мероприятия.

**Специальные родительские группы**. Иногда требуется объединить родителей с общими специфическими особенностями. Например, у нас накоплен большой опыт работы с группой, состоящей исключительно из матерей иностранного происхождения. Культура этих матерей (мусульманская) позволяет им объединяться в такую группу только при условии отсутствия мужчин. Эта группа матерей встречается по утрам один раз в неделю в присутствии женщины-специалиста. Целью группы является мотивация этих матерей, укрепление их самосознания в создании отношений со своим ребенком с нарушенным слухом, а также достижение эффекта эмансипации.

**3.6. Специальная поддержка для детских дошкольных учреждений.**

Нам кажется очень важным, чтобы родители и воспитательный персонал детских дошкольных учреждений совместно работали над специфическими потребностями ребенка с нарушением слуха в едином согласованном процессе. Во многих европейских странах действуют широкие программы по созданию детских дошкольных учреждений и других форм дневного ухода за ребенком. Очень важно, чтобы у воспитателя было достаточно времени для обсуждения с родителями, какие потребности ребенка относительно его нарушения слуха необходимо обязательно учитывать в воспитательном процессе. Само собой разумеется, что воспитатели тоже должны уметь развивать слухоречевые навыки ребенка. В большинстве европейских стран воспитательному персоналу также, как и родителям, оказывается профессиональная поддержка со стороны специалистов. Это означает, что специалисты сурдопедагоги посещают также ясли, детские сады и частных нянь-воспитателей. Они выбирают ту стратегию оказания помощи и поддержки, которая наиболее отвечает специфике соответствующей форме дневного ухода за ребенком. В некоторых случаях рекомендуется совместно с родителями разработать единый индивидуальный план действий.

**Лекция 5. Развитие речевых навыков.**

**Введение.**

**Глава 1. Речевая коммуникация со слабослышащим ребенком в группе. Как нам лучше понимать друг друга?**

* 1. Как мне говорить со слабослышащим или глухим ребенком?
	2. О чем мне говорить со слабослышащим или глухим ребенком?
	3. Как мне побудить ребенка к говорению, к активной речи?

**Глава 2. Как поддерживать ребенка в развитии его слухового восприятия?**

2.1. Как лучше всего удается привыкание к слуховому аппарату и КИ?

2.2. Как ребенок узнает и соотносит звуки?

**Глава 3. Раннее развитие детей с нарушением слуха – область науки перед новыми требованиями.**

3.1. Дети становятся все младше.

3.2. Техническое развитие.

3.3. Измененная роль педагога по раннему вмешательству в консультировании и сопровождении родителей.

**Введение.**

Родители нормально слышащих детей не учат своих детей речи, а неосознанно создают им среду, в которой они активно приобретают слуховое восприятие, понимание речи и говорение. Это происходит исключительно при повседневном диалоге, при пеленании, кормлении, игре, рассматривании картинок в книге, на игровой площадке, при уборке и подобных действиях.

Никогда прежде слабослышащие и даже глухие дети не могли развивать полноценную речь таким естественным путем, как это происходит в наше время. Важной основой для этого является как можно ранняя диагностика нарушений слуха, компетентное слухопротезирование и квалифицированная сурдопедагогическая помощь. Так как становление слухового восприятия и речи у слабослышащих и глухих детей также происходит в процессе повседневного общения, то, наряду с родителями, влияние на развитие ребенка оказывают все лица, участвующие в уходе и заботе о нем. Таким образом, Вы также можете поддерживать ребенка с нарушением слуха в его речевом развитии и развитии его слухового восприятия. Во всех аспектах развития есть фазы большого успеха, фазы небольших достижений и фазы кажущейся остановки развития. Так же и в речевом и слуховом развитии. Принципиально важно следующее: постоянно поддерживайте контакт и диалог с родителями и сопровождающими специалистами. Этот регулярный обмен сведениями о ребенке является лучшей основой для того, чтобы еще лучше узнать и понимать ребенка и предоставить ему и в группе наилучшие условия. Совершенно нормально, если в какой-то момент у Вас возникнет чувство неуверенности в обращении с ребенком или при пользовании слуховыми аппаратами. Говорите об этом откровенно. Вы покажете этим, что Вы ответственно относитесь к выполнению своей работы и хотите расширить свой профессионализм. Каждый ребенок с нарушением слуха индивидуален и растет в своей индивидуальной социальной среде. Несмотря на это, есть несколько основных правил, которые помогают во взаимодействии с каждым ребенком. В следующих главах наглядно и близко к практике описывается, как Вам организовать коммуникацию со слабослышащим и глухим ребенком в Вашей группе наиболее оптимально и таким образом стимулировать его речевое и слуховое развитие в общении, ориентируясь на повседневность.

**Глава 1. Речевая коммуникация со слабослышащим или глухим ребенком в группе. Как нам лучше понимать друг друга?**

**Цель обучения.**

В этой главе Вы наглядно и на основе многих примеров узнаете, как успешно может проходить коммуникация со слабослышащим и глухим ребенком. Как и о чем мне говорить с ребенком и как я могу побудить его к говорению? Так как эта обучающая программа ориентирована на детей от 0 до 3 лет, Вы найдете соответствующие предложения по коммуникации со слабослышащими или глухими детьми, находящимися на начальной фазе речевого развития и развития слухового восприятия.

* 1. **Как мне говорить со слабослышащим ребенком?**
* Если Вы хотите заговорить с ребенком в группе, установите с ним контакт, посмотрев ему в глаза и/или назвав его по имени. Так ребенок поймет, что обращаются к нему, и будет слушать Вас сконцентрировано. Если Вы для привлечения внимания неожиданно прикоснетесь к ребенку, то ребенок, не видя, как Вы к нему приблизились, может испугаться. Кроме того, в случае потребности ребенок должен учиться обращаться к другим детям, а не просто дергать их за рукав или стучать по плечу.
* Говорите с нормальной громкостью – не слишком тихо и не слишком громко. Для увеличения громкости есть слуховые аппараты. Кроме того, если Вы разговариваете с ребенком громче, то Ваша мимика и произношение меняются.
* Говорите не слишком быстро, но и не слишком медленно. При замедленном говорении меняется интонация, акцентуация (ударение) и ритм речи. Эти аспекты речи называются „просодика“. Слабослышащие и глухие дети, так же, как и нормально слышащие, могут получать из просодики большую информацию, например, идет ли речь о похвале, об утверждении, комментировании или нетерпеливом замечании. Поэтому естественная просодика очень важна. Кроме того, этим мы даем ребенку естественный образец для подражания и способствуем таким образом овладению естественной речью самим ребенком.
* Говорите четко, но при этом избегайте чрезмерной артикуляции. При чрезмерной артикуляции движения мышц искажаются и это затрудняет считывание речи с лица. Естественная мелодика речи при этом тоже страдает.
* Говорите живо, т.е. мелодично и выделяя голосом важные смысловые элементы. Это делается через перепады громкости, например: „ Ты же уже можешь сделать это сам !“ или через растяжение гласных, например, при игре с 12-месячным ребенком: „А где - е - е наш Ванечка?“ „Во - о - т он, наш Ванечка!“
* Повторяйте самые важные смысловые моменты так же, как Вы делаете это совершенно естественно в разговоре с маленькими детьми, например: „ Смотри, Аня тоже хочет покачаться на качели. Ты дашь ей покачаться на качели?“ Такие повторы очень важны на начальной стадии освоения речью, так как ребенок для того, чтобы понять смысл слов, должен слышать их чаще. Но при достижении хорошего понимания речи ребенок не всегда нуждается в повторениях, поэтому нужно следить за снижением числа повторов. Ребенок должен учиться реагировать и понимать смысл с первого раза. Если же он привык, что все всегда говорится и повторятся многократно, что его слуховое внимание скорее ослабевает.
* Часто дети с нарушением слуха комбинируют смысл высказывания из отдельных частей, которые они поняли. По важным высказываниям предлагайте ему содержание с несколькими понятиями, в развернутом виде: Так, например, если Вы скажете: „Максим, пошли со мной“ , то это труднее понять, чем если Вы скажете: „Максим, пошли со мной, мы идем на улицу в сад. Мы хотим собирать каштаны.“ Во втором примере Максим может понять смысл высказывания из нескольких слов. Если он не услышал слово „на улицу“, то из слов „сад“ и „каштаны“ он все равно сможет скомбинировать смысл сказанного.
* Используйте живую мимику лица и жестикуляцию. Естественный язык жестов делает коммуникацию естественной, живой и подкрепляет смысл того, что передается через речь.
* Говорите на Вашем диалекте, если это диалект Вашего региона. Только чужой диалект, не используемый в группе, может ввести ребенка с нарушенным слухом в заблуждение.

**1.2. О чем мне говорить со слабослышащим ребенком?**

* Исходите из темы ребенка. У младенца это может быть барахтание ногами, позднее показ на какой-либо предмет или речь, например, вопрос ребенка, который уже применяет двусложные высказывания: „Мишка бо - бо?“ Но всегда переспрашивайте себя критически: Действительно ли Вы говорите на общую тему? Может случиться, что хоть Вы и заняты одним предметом, но говорите при этом не на одну и ту же тему. Ребенок заинтересованно наблюдает за шариками настольной игры, как они быстро катятся и перепрыгивают на другие дорожки, и Вы говорите: „Смотри, вон катится красный шарик, он красный!“. В этом случае Вы играете в одну игру, но говорите не на общую тему: Вы говорите о цвете шарика, а ребенок интересуется тем, как быстро катятся шарики. Вы, конечно, можете попытаться заинтересовать ребенка другой темой или другим аспектом игры; если же ребенок не переключается, то Вам необходимо вернуться к его теме.
* Обращайте внимание ребенка не столько на название предмета, сколько на действия с ним, его качества. Не говорите ребенку, как предметы называются, а говорите с ребенком об этом предмете. Не говорите: „Смотри, это резиновые сапоги. Эти сапоги называются резиновые!“ , а говорите: „ О - хо - хо, ну и грязные же у тебя резиновые сап оги!“ или „У тебя новые резиновые сапоги? Какие они красивые, синего цвета!“. Свойства предметов, зверей и людей намного интереснее, чем только их название. В тигре, например, самое интригующее, что у него острые зубы, он может кусаться и очень быстро бегать. В чашке может быть интересным, что она, например, горячая, при падении может разбиться, грязная или на ней нарисован любимый Винни Пух.
* Повторяйте высказывание ребенка. Имеет значение не то, как говорит ребенок, а что он говорит. Покажите, что Вы поняли ребенка, повторив его высказывание. Ребенок: „Каландас плюх!“ Взрослый: „Карандаш сломался? Ну пойдем, принесем точилку!“ Так ребенок чувствует себя понятым, и он слышит правильное произношение, грамматику и выбор слов, при этом его не исправили напрямую и у него нет ощущения, что он сделал что-то неправильно.
* Обращайте внимание на то, чтобы чрезмерно не упрощать свою речь. Если Вы не будете на речевом уровне всегда выше ребенка, то он не сможет развиваться дальше. Например, он сможет выучить „резиновые сапоги“ только в том случае, если Вы не будете всегда говорить только „сапоги“.
* Очень важно говорить со слабослышащим или глухим ребенком много. Но при этом всегда обращайте внимание на его готовность к восприятию. Не устал ли ребенок, не отвлечен ли он другим действием или, например, переполнен другими впечатлениями. Даже дети, которым всего несколько недель от роду, четко показывают, готовы ли они к общению или нет. Нет никакого смысла осыпать ребенка речью. Слуховое внимание ребенка вследствие этого не улучшается, а наоборот ухудшается. Слушание и даже говорение должно быть ребенку интересно и быть для него осмысленным.

**1.3. Как мне побудить ребенка к говорению, к активной речи?**

Привлекайте ребенка к говорению, но не требуйте этого от него! Инструкции типа „Вы можете давать ребенку предметы только в том случае, если он попытается их назвать!“ не очень полезны. Если ребенок только показывает и при этом произносит звуки, для него еще очень тяжело выразиться точнее в речи. Говорить, общаться и быть понятым является одной из основных потребностей человека. Если ребенок в состоянии, то он свою языковую компетентность охотно проявляет. Желание принудить к говорению приводит, как правило, к замыканию или противоборству между партнерами по коммуникации. Так, например, если ребенок не может выполнить требование; „Скажи: Дай мне, пожалуйста, мороженое!“ , то он не получает того, что хочет, и начинает кричать. Вы можете себе представить, как ситуация будет развиваться дальше.

Однако при помощи простых средств в повседневном общении Вы можете привлекать ребенка к говорению, не требуя от него этого:

* Выжидайте, делайте паузы в речи, чтобы у ребенка было время собраться с мыслями и чтолибо сказать. В естественном диалоге говорящий и слушающий меняются друг с другом ролями. Если Вы делаете паузу, то это служит сигналом ребенку для перенятия им роли говорящего. Так, например, при рассматривании картинок в книжке Вы можете подождать при перелистывании, не покажет ли ребенок что-либо на новой странице и не прокомментирует ли что-либо речью.
* Естественные побуждения к говорению возникают часто тогда, когда что-то идет не по плану, не так, как ожидалось. Иногда задержите немного действия, которые ожидает ребенок. Если что-то проходит не так, как ребенок ожидает, то он попробует установить вопросительный зрительный контакт и наверняка что-нибудь скажет. Если Вы, например, катая мяч друг другу, немного задержите мяч у себя, то ребенок насторожится и, вероятно, скажет „Мой мяч!“ Если все проходит так, как и ожидается, то речь в основном не нужна – отсутствуют естественные побуждения к говорению. Если же ожидаемое действие не происходит, какойлибо искомый человек или предмет отсутствует и его нужно найти, если что-то поломалось, если ребенку нужна помощь, если он не может получить что-то, что ему нужно и т.д., вот тогда коммуникация действительно необходима. Нельзя ожидать, что ребенок скажет слово „бутылочка“ без всякого повода. Если же он ее ищет, то появляется естественный повод к говорению, и он наверняка скажет: „Бутылочка?“
* Первые слова, произнесенные ребенком, часто связаны с проявлением сильных эмоций: Мама исчезла из поля зрения, ребенок обеспокоен и зовет „Мама!“ Машинка закатилась под диван, ребенок не может сам ее достать, злится и зовет бабушку на помощь: „Баба, би-би!“ Коробка с конфетами вопреки ожиданию ребенка пуста и ребенок, открывая ее, удивленно говорит: „ Тю - тю!“ или „Нету!“ Ребенок играет выключателем и радуется получаемому эффекту, комментируя с восторгом: „ Свет!“ Малыш наклеивает на лапку игрушечному мишке лейкопластырь и объясняет с серьезной мимикой: „Мишка бо - бо!“ Ребенку серьезно указывается на то, что пламя свечи горячее и ребенок повторяет „ Горячо!“
* Задавайте вопросы, например, когда разглядываете книжку с картинками: „ Кто здесь спрятался ?“ или „Интересно, а что тигр сейчас сделает, как ты думаешь?“ , Но при этом избегайте выспрашивать ребенка по типу „Как его зовут?“, „Что он делает?“. Дети очень рано замечают, спрашивают ли их серьезно или только проверяют, знает ли ребенок правильный ответ.
* Задавайте альтернативные вопросы. Если ребенок, например, показывает на стол и говорит „э - э - э“ или „пить “, Вы можете спросить: „ Что ты хочешь пит ь? Чай или сок?“Даже если Вы уже знаете, что именно ребенок обычно хочет, это хороший повод для расширения словарного запаса ребенка (“пить, чай, сок….“). Он услышит эти слова повторно и скоро будет употреблять их сам. Даже если ребенок еще не отвечает целенаправленно, снова показывает знаками или реагирует только утвердительно, то все равно имеет смысл через альтернативные вопросы давать модель для возможного ответа. Эта модель очень полезна на начальном этепе овладения речью. Но так как в альтернативных вопросах содержание ответа задается и таким образом ограничивается, то в дальнейшем важно вовремя начать сокращать применение альтернативных вопросов.
* Если ребенок уже более развит, то задавайте открытые вопросы: „ Что ты хочешь пить ?“. После посещения зоопарка вопрос „Каких зверей ты видел?“ по содержанию более ограничен, чем вопрос „ Кто из зверей тебе понравился больше всего?“. В ответе на первый вопрос следует простое перечисление, из ответа на второй вытекает разговор и ребенок сообщает мне что-то, что я действительно еще не знаю и что меня интересует.
* Комментируйте свои собственные действия и действия ребенка. Если Вы, например, вместе в песочнице: „ Какую глубокую ты вырыл яму! Тебе пришлось хорошо потрудиться. Пойду - ка я к Лизе покупать песочные кулич ики.“ Ребенок показывает в книжке на ребенка, прыгающего по лужам, а Вы комментируете: „ Вот у нее радости ! Плюх, плюх! Я думаю, брюки у девочки совсем промокли. А ты любишь бегать по лужам?“ В этом примере ребенок слышит подобранные к ситуации слова и предложения и побуждается к самостоятельным высказываниям.
* Применяйте в игре, при рассматривании книжек, рассказе историй прямую речь. Изменяя голос при передаче чужой речи, Вы предлагаете ребенку новый слуховой опыт. Мышка говорит высоким голосом и быстро, медведь низким голосом и медленно. Такие маленькие инсценировки оживляют игру и рассматривание книжек и побуждают ребенка к спонтанному подражанию. Так, например, мышка на картинке в книжке говорит своим 14 деткам-мышатам: „Спокойной ночи! Спите сладко!“ или медведь рычит на другого зверя: „Я тебя съем!“ Голоса зверей, такие, как „му-у, гав-гав“ и т.д., тоже являются прямой речью и побуждают к имитации. Только не надо их излишне акцентировать.
* Хорошим методом развития речи являются также песни, стихи, музыкальные и пальцевые игры. Обычно они содержат в себе естественные повторы. Маленькие дети любят повторение того, что им уже известно. При этом методе расширяется словарный запас, развивается чувство языка, стимулируется языковая память, память на мелодии и последовательность движений. Особенно любимы младенцами и маленькими детьми стишки и песенки с заключительными эффектами. Они внимательно и с любопытством ждут конца и прислушиваются до последнего заключительного слова: „По пням, по горкам, по пням, по горка м, в ямку – бух!“ „Этому дала, этому дала, этому дала – а этому не дала!“
* Если ребенок говорит еще мало, то Вы можете побудить его говорить, давая возможность самому закончить рифму, строчку в песне или предложение: „Наша Таня громко…“ – „плачет“, „А ты знаешь, кто завтра придет? Завтра придет?“ – „Дед Мороз!“, „Расскажи папе, кто сегодня был у нас в саду? Такой маленький?“ – „Котенок“. „Что нам надо, чтобы накрыть на стол?“ Ложки, тарелки и?“ – „чашки“.
* Понятия развиваются через понимание. Слабослышащие и глухие дети учатся пониманию слов не через картинки. Активный словарный запас также развивается изначально не через картинки, а в конкретных бытовых и игровых ситуациях. Дети учатся через все новый и новый опыт в быту и игре, через понимание, ощущение, зрение, при беге, прыжках, лазании и т.д. и через речь, которую они при этом слышат. Давайте ребенку побольше возможности двигаться, приобретать новый опыт в своем окружении. Книга о стройке не заменит тех впечатлений, которые ребенок получит всеми органами чувств, если однажды Вы вместе с ним понаблюдаете за работами на стройке или если ребенок поиграет в песочнице в стройку вместе с другими детьми. На начальном этапе освоения речью книги являются ценным дополнением к конкретно пережитым ситуациям; конечно, позднее дети будут получать из книг новую информацию.

Даже если ребенок делает хорошие успехи в речевом развитии и развитии слухового восприятия, нельзя забывать, что слух и, следовательно, вся повседневность для такого ребенка требует гораздо больших усилий, чем для нормально слышащего ребенка. Поэтому Вам придется не раз пережить, что ребенок не реагирует на обращение. Проявляйте терпение, переждите и затем дружелюбно повторите сказанное. Если ребенок и на этот раз не реагирует, то может помочь перефразирование: например, Вы говорите: „ Оля, не хочешь помочь мне накрыть на стол?“ Если ребенок не реагирует и на второй раз, то Вы могли бы сказать, например, так: „Достань, пожалуйста, тарелки и ложки и принеси их на стол!“ Не ругайте ребенка, если он не слушает или не реагирует. Слушание должно быть для ребенка чем-то положительным и стоящим. Время от времени всегда бывают дни или фазы, во время которых слуховая внимательность снижается или улучшается. Может быть много причин тому, почему ребенок с нарушением слуха не реагирует (конечно же, нужно быть уверенным, что слуховые аппараты или кохлеарный имплант функционируют): он углублен в какое-то занятие, он устал, он мысленно отвлекся, он не понимает значение Ваших слов, вокруг слишком громко, или у него просто нет сейчас желания слушать, как бывает и у каждого нормально слышащего ребенка. Кроме того, дети, носящие слуховые аппараты, при простуде часто слышат хуже, так как к нарушению внутреннего уха накладывается еще и проблема среднего уха (тугоухость при проведении звука). Если Вы настроитесь на ребенка с нарушением слуха, дадите себе и ребенку время, чтобы узнать друг друга, и попытаетесь вступить с ним в разговор, даже если он еще на начальном этапе своего слухового и речевого развития, то Вы увидите, что и с таким ребенком успешная коммуникация возможна.

**Глава 2. – Как поддержать ребенка в развитии его слухового восприятия?**

**Цель обучения.**

В первой части этой главы Вы узнаете, как можно помочь ребенку привыкнуть к слуховому аппарату или кохлеарному импланту и как нужно реагировать, если ребенок время от времени их снимает. В основной части этой главы Вы узнаете, как правильно поддерживать развитие слухового восприятия ребенка. Например, здесь же будет рассмотрен такой вопрос как: Какое значение имеют музыкальные инструменты и звуковые игрушки в сравнении с бытовыми звуками?

* 1. **Как лучше всего удается привыкание к слуховому аппарату и КИ?** Постоянное ношение хорошо подобранных и безупречно работающих слуховых аппаратов или кохлеарного импланта является основой хорошего развития слуха. Только таким путем возможно освоение речью через слуховое восприятие в повседневной жизни. (См. также модуль 3) После первой настройки слухового аппарата или КИ у родителей обычно очень большие ожидания. Появляется надежда на первую или более четкую слуховую реакцию и на то, что ребенок будет носить аппарат с удовольствием. Многие дети действительно сразу принимают аппарат и носят его по несколько часов в день, другим же требуется 2 недели, а иногда и 2-3 месяца, пока они привыкнут носить аппарат постоянно. Дети, которые не достаточно выигрывают от ношения слуховых аппаратов вследствие слишком большой потери слуха, иногда совсем не принимают слуховой аппарат. Как правило, таких детей после пробного периода обучения со слуховым аппаратом имплантируют (если нет медицинских противопоказаний). Основные правила, на которые нужно обращать внимание: Если ребенок неохотно носит свой слуховой аппарат или кохлеарный имплант или внезапно снимает его, сначала надо выяснить, нет ли для этого технической или медицинской причины.

Может быть разрядились батарейки или аккумуляторы? Аппарат настроен слишком громко или слишком тихо? Аппарат поломался? Может быть, ребенка раздражает пластиковый ушной вкладыш? Если есть какиелибо проблемы, то специалисты-акустики или детские аудиологи смогут определить их причину. Для многих детей приятнее, если после слуховой паузы (например, после ночного или дневного сна) подается программа потише, а примерно через 15-30 минут включается нормальная настройка. Родители обсудят это с Вами. Младенцы охотно изучают новые детали, которые можно вытянуть из уха, разглядеть и сунуть в рот. Мягкие ушные вкладыши можно хорошо использовать и как „жевательную игрушку“. Уже младенцы очень скоро начинают замечать, что как только аппарат свистит у них в руках или падает на ковер, то взрослые сразу же обращают на них внимание. Дети постарше, которые получают свои первые слуховые аппараты в 20-месячном возрасте и позже, также очень быстро улавливают эту взаимосвязь между своим поведением и реакцией взрослых. Часто достаточно одного движения руки к уху, и уже кто-нибудь подходит и проявляет внимание к ребенку. Следите за тем, чтобы у младенцев и маленьких детей аппарат всегда был прикреплен к одежде. Так, Вы сможете реагировать более спокойно, если аппарат выпадет из уха: он просто повиснет на одежде, не поломается, упав в песочницу или на кафельный пол, и не потеряется. Если же Вы надените аппарат не сразу, а лишь через несколько минут, то эта взаимосвязь: „Я достаю свой слуховой аппарат, и кто-то подходит и занимается мной“ – у ребенка не закрепляется.

И все же в отдельных случаях можно достичь успеха, постоянно поправляя слуховой аппарат сразу после выпадения или снятия. Перед тем, как надеть аппарат, покажите его ребенку, чтобы он знал, какое действие за этим последует. Чтобы Вы были уверены, какой аппарат надевается на какое ухо, можно использовать разные цвета или наклейки для аппарата на правое и левое ухо.

* 1. **Как ребенок узнает и соотносит звуки?**

В повседневной жизни мы слышим речь, музыку, звуки и шумы. Важнейшим „инструментом“ для обучения слуховому восприятию являются голос мамы, папы, других членов семьи и близких, например, няни или воспитательницы в яслях и детском саду. Всегда помните: слушание должно быть осмысленным. Поэтому следите за тем, чтобы для слушания был мотив, так, например, если Вы зовете ребенка по имени, то за этим должно следовать какое-либо действие. Когда дети только начинают реагировать на свое имя, то хочется снова и снова проверить его реакцию. Если же услышав свое имя, ничего не происходит, ребенок вскоре больше не будет оглядываться в поиске. Наряду с речью дети должны познакомиться и с другими шумами и звуками и вызывающими их причинами. Но на начальном этапе обучения слуховому восприятию не имеет большого смысла давать ребенку музыкальные инструменты или звуковые игрушки. Хорш (2007) пишет по этому поводу: „ Многократные видеонаблюдения за ребенком, которому предлагаются одна за другой производящие звуки и шумы игрушки, показывают, что они не удерживают внимания ребенка, слуховое восприятие чаще всего только короткая реакция на раздражитель, который затем его больше не интересует. Это не приводит к действительному общению между матерью и ребенком, ситуации часто производят хаотичное впечатление, потому что через игрушки меняются и формы. Ситуация распадается, шанс научить ребенка слышать целенаправленно пропадает.“ Намного целесообразнее обращать внимание ребенка на шумы и звуки в повседневности и узнавать их вместе с ребенком, например, бегущая вода из крана, пылесос, дверной звонок, шаги по галечной дорожке и т.д. При этом Вы можете пользоваться жестами, призывающими прислушаться, например, указательным пальцем показать на свое ухо и сказать: “Послушай!“ В быту шумы и звуки передают нам важную информацию. Содержание этой информации дети учат лучше всего, если сами могут их производить.

Например, Вы вместе поливаете цветы и наполняете водой маленькую лейку: Ребенок осознанно слышит, какие звуки производятся, когда открывается кран с водой и как изменяется звук, когда лейка наполнилась. Ребенок приобретает опыт и слушает при этом соответствующий речевой комментарий, например, сначала лейка легкая и пустая, потом полная и тяжелая, надо нести ее осторожно, идти медленно, вода немножко расплескалась, цветочный горшок стоит на подоконнике, земля уже совсем высохла, нельзя лить слишком много воды… и обязательно похвалите ребенка, как хорошо он справился с заданием! Обратите внимание ребенка, когда постучат в дверь или раздастся звонок: „Дзынь-дзынь, звенит звонок, кто же там пришел? Пойдем, посмотрим!“ Когда Вы возьмете ребенка с собой к двери, он научится, что дверь надо открыть, кто-то стоит перед дверью, может быть, одного из детей привели попозже или принесли посылку. Вы можете поиграть в игру „Открыть-закрыть дверь“. Один из взрослых звонит или стучит в дверь, а другой открывает дверь вместе с ребенком. Затем роли меняются. Когда 8-месячный ребенок играет с ложкой и стучит ей по столу или другой посуде, то он учится слышать, как звучит стук ложки. Если ребенок уже постарше и помогает взрослым накрывать на стол или мыть посуду, то он знакомится с типичными шумами и звуками на кухне. И когда он впоследствии слышит эти звуки, даже если он играет в соседней комнате, то он уже сможет соотнести их правильно и не будет дезориентирован. Потрясите вместе коробочку или упаковку, чтобы услышать, что же там внутри. На начальном этапе это значительно важнее, чем предлагать специальные звуковые игрушечные коробочки, наполненные рисом или камушками. Вместе убирайте игрушки: деревянные кубики в одну коробку, пластмассовые в другую, машинку в третью. Ребенок учится при этом, что пластмассовые кубики падают в коробку совсем с другим звуком, чем деревянные, если они падают в пустую коробку, то звук совсем другой, не такой, как если он падает в наполовину наполненную коробку. Как бы между прочим при всех акциях по уборке параллельно называются игрушки (машина, конструктор, посуда…) и делаются речевые повторы: “Вон еще один кубик, достань, пожалуйста, кубик из-под полки“. Еще один совет по снижению шума в групповом помещении: Положите на дно ящика с игрушками остатки коврового покрытия. Так Вы смягчите звук удара при наполнении.. На улице ребенок также встречается со звуками, когда он бросает камушек в лужу, когда он осенью прыгает на кучу листьев, когда он звонит в звонок своего трехколесного велосипеда, когда мимо проезжают машины. И еще один заключительный совет: в помещении, в котором все говорят одновременно, например, во время игр, голос воспитателя услышать труднее, чем звук. Пользуйтесь поэтому для привлечения внимания „сигналом изменения“, например, колокольчиком, гонгом и т.д. Ребенок с нарушением слуха услышит этот сигнал на фоне голосов намного легче, обратит внимание и будет слушать, что скажет воспитательница. Приведенные примеры наглядно показывают, как можно интенсивно развивать слуховой и речевой опыт во многих совершенно бытовых ситуациях и с самыми обычными игрушками. Это касается прежде всего начального этапа, когда ребенок учится открывать мир звуков вокруг себя. Поэтому Вам не надо приобретать специальные звуковые игрушки, воспроизводящие искусственные голоса зверей и что-то подобное. Произнесенное „Му-у“ при рассматривании картинки или в игре с животными несравнимо ценнее. Разумеется, если ребенок узнает песни, стихи, ритмику и простые музыкальные инструменты, то это только обогащает его опыт.

**Глава 3. Раннее развитие детей с нарушением слуха – область науки перед новыми требованиями.**

**Цель обучения.**

В этой главе Вы узнает об основных аспектах, которые ставят специализацию науки по раннему развитию глухих и слабослышащий детей перед новыми требованиями. Термин „раннее вмешательство“ охватывает в первую очередь консультирование и сопровождение семей детей с нарушением слуха, а также работу с этими детьми в специальных группах для глухих и слабослышащих, начиная с младенчества и до школы. Другая область, значение которой имеет тенденцию к возрастанию и которой посвящена эта учебная программа – это консультирование и сопровождение персонала, который занимается интеграционным воспитанием ребенка, например, няни или воспитатели в яслях и детских садах.

**3.1.** **Дети становятся все младше.**

Для общего развития ребенка решающую роль играет как можно раннее определение диагноза нарушения слуха. Развитие последних 15 лет постепенно приводит к повсеместному применению проверки слуха сразу же после родов. Следствием этому становится то, что педагоги и медицинские специалисты должны работать с детьми все более младшего возраста. На практике это означает, что дети, глухота и тугоухость которых была диагностирована после рождения, в возрасте 8 недель получают свои первые слуховые аппараты, и это является началом работы по раннему вмешательству и развитию. При этом от специалистов в возрастающем порядке требуется владение и приобретение детальных знаний в области коммуникативного развития, эмоционального и речевого развития, развития слухового восприятия, игрового и общего развития детей раннего возраста.

Следует учитывать, что мы имеем дело с разными детьми и их семьями, и при консультировании и сопровождении необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка и его семьи. Относительно определения диагноза существуют следующие возможности: Диагноз ставится после проведения скрининга новорожденного совершенно неожиданно В семье уже есть ребенок с нарушением слуха, и новорожденный также оказался глухим или тугоухим Отец, мать или оба родителя имеют нарушение слуха, у младенца такой же диагноз Диагноз следует после перенесенного заболевания на первом году жизни (например, осложнение после менингита – воспаления оболочки головного мозга) Диагноз следует после приема ототоксичных (слухоповреждающих) медикаментов.

У недоношенных новорожденных весом менее 1500 г наблюдается повышенный риск нарушения слуха. Дети с комплексными ограничениями часто имеют синдромные заболевания с нарушением слуха. Дети с видимыми аномалиями уха, определяемыми сразу после рождения Дети, родители которых сами распознают нарушение слуха у своего ребенка, и в течение первого года жизни малыша получают тому врачебное подтверждение.

Внутри этих отдельных групп мы также встречаемся с самыми различными ситуациями: Например, если в семье уже есть ребенок с поражением слуха, то для многих нормально слышащих родителей (90% всех родителей глухих и слабослышащих детей нормально слышащие) непостижимо, что „судьба бьет еще раз“ – и второй ребенок тоже рождается слабослышащим или глухим, другие же родители наоборот уже настроились на то, что у следующего ребенка может быть нарушение слуха. Тугоухие или глухие родители также воспринимают диагноз ребенка совершенно по-разному. Не в последнюю очередь это зависит от того, как успешно удается им самим интегрироваться в жизнь. Родители слабослышащих детей с аномалиями ушной раковины поставлены перед проблемой непосредственно после рождения и часто у них на долгие месяцы сохраняется страх, нет ли у ребенка других пороков развития. Есть семьи с крепкими социальными связями, а есть матери или отцы, которые должны справляться с диагнозом и бытовой ситуацией в одиночку. И это только несколько примеров. Но насколько бы неоднородной не была группа наших воспитанников и их семей, как бы по-разному не воспринимали семьи ранний диагноз „нарушение слуха“, начальная фаза с малышом всегда является чрезвычайной ситуацией.

Педагог по раннему вмешательству приходит в семью в очень сложный период, в которой все по другому, не как обычно. Семье сначала надо узнать малыша, интегрировать в семейную жизнь, должен наладиться новый распорядок жизни. Для всех участвующих это очень интенсивное время в эмоциональном плане, и плюс к этому добавляется диагноз „нарушение слуха“: „Родителей охватывает эмоциональное смятение, состоящее из чувств вины и долга, страха и беспокойства, неуверенности и страха.“ Поэтому работа со слабослышащими и глухими младенцами требует наряду с профессиональными знаниями по развитию в раннем детском возрасте высокий уровень компетентности при консультировании и чуткости в соответствии с ситуацией в каждой отдельно взятой семье.

**3.2. Техническое развитие.**

На рынке появляется все большее количество новых продуктов и методов в области диагностики слуха, слуховых аппаратов, кохлеарных имплантатов, дополнительного оборудования и приборов по проверке и настройке слуховых аппаратов. Педагог по раннему вмешательству должен не только знать технические характеристики аппарата, но и быть в курсе современного развития техники, чтобы быть в состоянии обсудить с родителями вопросы, рекомендованные врачом, аудиологом или реабилитационным центром. Кроме того, он должен уметь проверять приборы на их функциональность и консультировать родителей по их ежедневному контролю и техническому обслуживанию.

**3.3. Измененная роль педагога по раннему вмешательству в консультировании и сопровождении родителей.**

За последние годы возможности развития слабослышащих и глухих детей значительно улучшились благодаря дальнейшему развитию диагностики и технического обеспечения. На этапе раннего воспитания, играющего исключительную роль в дальнейшем успешном развитии ребенка, необходимо осознавать эти изменения. Для всех специалистов раннего вмешательства большой задачей является способность организовать свою работу с ребенком и его семьей в соответствии с этим. Роль, в которой педагог выступает в первую очередь как модель для подражания, в любом случае следует рассматривать критически. Мораг Кларк так описывает эту проблему в своей новой книге по применению метода естественного овладения речью, направленного на слуховое восприятие: „Наблюдения за программами развития по всему миру показывают, что действия специалистов очень редко приводят к компетентности родителей. Вероятно, эта проблема возникает из-за неправильного понимания роли, которое свойственно многим специалистам при консультировании и сопровождении родителей. Многие специалисты приходят на занятия с общими целями, вместо того, чтобы ставить в центр внимания наблюдения родителей и из них делать заключения о потребностях в развитии, способствующих тесной индивидуальной связи „родители-ребенок“ в этой специфичной стадии речевого развития. Главной целью раннего развития в семье должна быть поддержка родителей в их собственной родительской компетентности. Если во время занятий по раннему вмешательству удается вернуть родителям уверенность в себе в обращении со своим ребенком, утраченную после диагноза, то можно считать, что основа для слухонаправленного речевого развития в быту заложена. Однако эту уверенность в себе вряд ли удастся передать родителям, если педагог сам разговаривает и играет с ребенком, а родители лишь смотрят. Очень скоро неуверенность родителей может возрасти, если у них создается такое впечатление: „Так, как педагог обращается с моим ребенком, у меня никогда не получится!“ Педагог должен уметь отходить на задний план для того, чтобы наблюдать родителей в их общении с ребенком. Это касается не только игровых ситуаций или совместного рассматривания книжек с картинками, но и совместных действий повседневного характера, например, полив цветов, кормление ребенка и т.д. Только так педагог по раннему вмешательству может показать родителям их собственные сильные стороны и подсказать им, какой способ поведения в общении со слабослышащим или глухим ребенком будет способствовать его развитию. Важно при этом точно обосновать, почему именно такое поведение играет важную роль для ребенка на этой стадии его развития. Так родители начинают осознавать, что они в состоянии развивать ребенка с нарушением слуха в правильном направлении, говорить с ним в свойственном им стиле, воспитывать его по своим представлениям. Кроме того, наряду с определением всех положительных моментов в общении нужно разъяснять поведение ребенка. Для убеждения родителей в возможностях развития их ребенка очень важно постоянно демонстрировать им даже маленькие успехи. Приведем пример: Федя, возраст 20 месяцев, носитель КИ, держит в руке бумажку и показывает ее отцу. Отец говорит ему: „Это надо выбросить.“ Ребенок смотрит на отца и показывает взглядом, что он не понял, что сказал отец. Отец протягивает ребенку руку и говорит: „Пойдем, отнесем бумажку в мусорное ведро“. Ребенок берет отца за руку и идет с ним. Отец: „ Смотри, это мусорное ведро. Открой его!“ Федя смотрит на отца и говорит: „Открой“. Отец: „Да, открой и брось туда бумажку.“ Отец выжидает, ребенок бросает в ведро бумажку, закрывает крышку и говорит „Закрыто“. Отец хвалит своего сына и говорит: „Правильно, сейчас ведро снова закрыто. Молодец, у тебя здорово получилось“. Уже в начале этой короткой сцены отец ведет себя правильно. Он подхватывает невербальный коммуникативный почин ребенка и заговаривает с ним. Когда он замечает, что ребенок его не понял, он не берет у него бумажку и не выбрасывает ее сам, а втягивает его в действие, протягивая ему руку. Одновременно он комментирует свое действие речью. Ребенок слышит слова, соответствующие ситуации, и постепенно приобретает речевое понимание. Отец называет мусорное ведро, стоя перед ним, и пытается снова побудить ребенка к речи. Так стимулируется слуховое внимание ребенка. Слово „открой“ Федя уже понимает и имитирует его. Затем отец имитирует высказывание ребенка еще раз и этим поддерживает ребенка в его действиях. Он идет еще дальше: он расширяет высказывание: „Да, открой и брось туда бумажку.“ Затем он выжидает. Как уже было упомянуто в главе 1, это очень важно для речевого развития и формирования общения. Если бы отец в этой ситуации говорил постоянно, комментируя действия, давая побуждения к действию или задавая вопросы, то слуховое внимание ребенка при этом бы не поощрялось. Ребенок был бы переполнен речью и очень скоро внутренне отключился. Через паузу отец дает возможность своему сыну выполнить свои действия, осмыслить их и выразить свои мысли словами. Так, Федя гордо говорит: „Закрыто!“ Это слово отец прежде не упоминал. Это значит, что ребенок не повторил это слово за отцом, как „открой“, а он может использовать его по смыслу самостоятельно. Отец опять подхватывает речевое участие сына и подтверждает его. Отец ведет себя в общении, чрезвычайно способствуя речевому развитию ребенка. Как бы между делом он поддерживает ребенка в его самостоятельности и укрепляет похвалой его самооценку. При описании своих наблюдений педагог может придать отцу еще больше уверенности в коммуникации с сыном, даже если Федя находится только на пороге своего речевого развития и развития слухового восприятия и найти с ним взаимопонимание еще не всегда легко. Разумеется, не надо перехваливать родителей. Всегда целесообразнее выделить несколько позитивных моментов и подробно их обговорить.

Целесообразно ли дать отцу Феди еще один дополнительный совет? Педагог могла бы, например, обратить его внимание на то, что его похвала Феди была бы по содержанию и смыслу еще ценнее, если бы он сказал, за что именно он хвалит, например, „Молодец, ты можешь уже сам!“ или „Молодец, ты можешь уже сам выбрасывать мусор!“

Если еще до недавнего времени обычным было, что педагог приносила ребенку интересную игрушку и сама побуждала ребенка к слушанию и говорению, то сейчас требуется другое понимание роли педагога. Она больше не является „специалистом“, который показывает родителям, как должно выглядеть развивающее воспитание ребенка, а родители больше на наблюдатели, которые должны копировать это поведение. Педагог своим опытом и своими профессиональными знаниями поддерживает родителей в свойственной им манере общения с ребенком. Важным при этом является то, что сопровождение и консультирование родителей не ограничивается лишь игровыми ситуациями, а происходит с целенаправленным привлечением бытовых ситуаций, повторяющихся изо дня в день. Так, на каждом занятии обязательно проводится наблюдение за интеракцией (социальным взаимодействием), после которого следует обсуждение по результатам.

Ключ к развитию речи и слухового восприятия слабослышащего или глухого ребенка лежит в руках семьи и всех тех людей, которые ухаживают за ребенком в быту. Поэтому задача всех специалистов – наряду с медицинским и техническим обеспечением ребенка предлагать индивидуальное сопровождение и консультирование для того, чтобы общение с ребенком в быту и игре происходило наиболее оптимально, благодаря чему ребенок получит необходимую ему поддержку по всем параметрам его развития как личности.

**Лекция 6.** **Слабослышащие и глухие дети с множественными ограничениями.**

**Введение**

**Глава 1. Дефекты, функциональные нарушения и их воздействие на участие в общественной жизни.**

* 1. Нарушение (на примере нарушения слуха).
	2. Функциональное нарушение.
	3. Воздействие дефекта и нарушения функции на участие в жизни общества.

**Глава 2. Задачи реабилитации слуха.**

**Введение**

Если у младенца или ребенка младшего дошкольного возраста диагностируется нарушение слуха тяжелой степени, то его возможности в общем употреблении языка и в понимании других людей считаются ограниченными – в этом случае ребенок имеет ограничения по слуху.

Уже на протяжении многих лет многими учеными снова и снова предпринимались попытки четко сформулировать, что понимается под ограничением, а что нет.

Современные определения понятия ограничения звучат сегодня по-другому: «Ограничение присутствует, когда человек с нарушением или пониженной производительностью недостаточно интегрирован в свою многослойную систему человек – среда». Здесь ограничение не сводится только к нарушению или понижению производительности отдельного человека, но и распространяется на неспособность окружения соответствующего человека интегрировать его в свою среду. Какому термину ограничения следовать, является, конечно же, важным и для рассмотрения так называемых множественных ограничений, которые являются темой этой лекции.

Данная работа фокусируется на множественных ограничениях при наличии нарушения слуха. Конечно же, такое одновременное проявление различных видов ограничений не является обязательным: нарушение слуха может проявляться также изолированно и, наоборот, у ребенка могут присутствовать множественные ограничения без нарушения слуха. Например, здесь можно подумать о ребенке со спастическим параличом с дополнительным нарушением зрения или о ребенке с физическими ограничениями вследствие церебрального нарушения, помимо этого страдающего пониженной обучаемостью и нарушениями речи. Различные формы и феномены, свойственные всем этим видам множественных ограничений, рассматриваются и лечатся отдельными специализированными дисциплинами коррекционной педагогики. Разумеется, что как раз при наличии множественных нарушений необходимо рассматривать их с междисциплинарной точки зрения, а в практической работе крайне необходимо междисциплинарное взаимодействие. Однако, как будет показано, существуют ключевые вопросы при рассмотрении проблемы.

Основным аспектом данной работы является специальная область сурдопедагогики и проблемы детей с нарушением слуха, страдающих еще как минимум одним дополнительным ограничением.

**Глава 1. Дефекты, функциональные нарушения и их воздействие на участие в общественной жизни.**

* 1. **Нарушение (на примере нарушения слуха).**

**Изолированное нарушение.** Нарушение слуха проявляется тогда, когда с медицинской точки зрения в области внешнего уха, среднего уха, внутреннего уха и/или центральной системы слуха наблюдается физический дефект.

Нарушения слуха могут быть обусловлены доминантным или рецессивным геном. При доминантной наследственности достаточно, если только один родитель является носителем патологического гена. При рецессивной наследственности соответствующий ген должны иметь оба родителя.

Приобретенные нарушения слуха возникают по обстоятельствам при недоношенности, менингите, краснухе, тяжелых инфекциях, кислородном голодании, токсических поражениях иди медикаментозной передозировке. Часто одна и та же причина может повлечь за собой возникновение нескольких ограничений, например, кислородное голодание одновременно воздействует на когнитивное и моторное развитие, а также на способность к слуховому восприятию. Дефекты слуха могут возникнуть во время и после рождения или же на протяжении жизни, например, через возрастающее ухудшение слуха. Дегенерация слуха может быть вызвана генетически, болезнью или процессами старения. На сегодняшний день у медицины есть возможности излечивать нарушение слуха до определенной степени, например, при помощи медикаментозного и оперативного лечения, а также путем слухопротезирования – как слуховыми аппаратами, так и кохлеарными имплантатами.

**Множественные дефекты.** Если одновременно присутствуют несколько дефектов физического и нейрофизиологического вида, то говорится о множественных нарушениях, например, если наряду с дефектом слуха наблюдается другой физический дефект и/или повреждение в области головного мозга (центральной нервной системы). Есть целый ряд синдромов и генетических нарушений, которые, наряду с дефектом слуха, связаны с другими нарушениями, например, в области зрения, физического и умственного развития. Множественные нарушения могут быть как врожденными, так и приобретенными, возникающими вследствие фатальных кумуляций („вторичное нарушение“), когда, например, глухой человек из-за болезни становится слепым или с ограниченными возможностями физического здоровья.

**1.2 Функциональное нарушение.**

**Изолированное нарушение функции.**

Из-за дефекта могут развиваться нарушения функций, т.е. соответствующий орган, в нашем случае орган слуха, не в состоянии или в состоянии только частично выполнять свою функцию слухового восприятия. Среди прочих, к таким функциям относятся:

* восприятие звуков, шумов и речи, по их высоте, громкости и качеству;
* слухонаправленное восприятие для распознавания, откуда поступает звук или шум;
* восприятие просодических элементов (напр., мелодики, ритма, ударения, тембра) языковой речи;
* дифференциация звуков, шумов и речи;
* определение на слух одинаковых и разных звуков;
* узнавание звуковых событий, например, знать, что означает услышанный звук: ребенок слышит что-либо и уже узнает при этом голос матери, звонок телефона и т.д., не имея при этом аналогов для сравнения;
* понимание речи, например, понимание того, что говорит другой человек: ребенок понимает значение услышанного.

**Функциональные нарушения как следствия множественных дефектов.**

 О множественных дефектах говорится, если наряду с одним дефектом, например, дефектом слуха, могущим оказывать определенное воздействие, одновременно присутствует второй или несколько дефектов, которые, со своей стороны, тоже могут оказывать воздействие на развитие ребенка. Функциональные нарушения могут проявляться как следствие дефекта. Например, церебральное нарушение моторики затрагивает двигательные функции организма, но при этом часто вызывает также функциональное нарушение в обучении и развитии языка и речи. При этом речь идет о неизбежных последствиях, т.е. о нарушениях, которые нельзя предотвратить, которые могут проявиться вследствие множественного первичного дефекта. Но также возможно, что одновременно проявляются несколько отдельных дефектов, которые в зависимости от отдельных дефектов, а также как результат целостного воздействия, могут соответственно вызывать комплексные функциональные нарушения. Если наряду с нарушением слуха есть еще и другие дефекты, то, смотря по обстоятельствам, выявляются и другие функциональные нарушения, вытекающие из них. Эти факторы действуют не параллельно, аддитивно, а оказывают взаимосвязанное воздействие на развитие отдельных функций в целом.

**Множественное нарушение функций как множественное ограничение.**

Педагогика занимается воздействием дефектов, функциональными нарушениями. Термин „множественные ограничения жизнедеятельности“ употребляется в разных контекстах по-разному. Так, в педагогической дискуссии, например, под этим термином понимаются переплетенные между собой отношения, структура, а не сумма различных нарушений. Прагматическое определение термина направлено на потребность в реабилитационной помощи, которая превышает объем и размеры, требуемые для определенного вида ограничения.

О множественных ограничениях можно говорить, например, тогда, когда наряду с нарушением слуха присутствует умственная отсталость, другие сенсорные нарушения, ограничения подвижности, в частности, церебральные параличи и нарушения опорно-двигательного аппарата, языковые и речевые церебральные нарушения, нейрогенные нарушения в обучении, нарушения восприятия и/или СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности).

Если вместо дополнительных говорится о множественных ограничениях, то таким образом, свое воздействие оказывает не только каждое отдельное нарушение, а все нарушения, которыми страдает ребенок, оказывают свое воздействие на его развитие в целом. Так, например, нарушение слуха и слепота оказывают свое специфическое воздействие. Слепота означает, например, ограничения в подвижности, при этом освоение речи и языка, напротив, не ограничено и вполне возможно. Невозможность слышать означает в основном трудности в освоении речи и языка. Если же проявляются оба нарушения, то затрагивается как мобильность, так и освоение речи и языка. Двусторонняя компенсация состояться не может. При комбинации этих двух видов нарушений могут возникнуть дополнительные проблемы.

В зависимости от степени тяжести отдельных нарушений и их количества могут развиться ограничения как более легкие, так и более комплексные, которые могут оказывать воздействие на развитие ребенка в значительной степени.

Если на основе множественных дефектов затронуты практически все области развития и жизнедеятельности, то говорится о мультифункциональных нарушениях. С педагогической точки зрения в этом случае речь идет о детях со множественными ограничениями жизнедеятельности тяжелой степени.

**Появление функциональных нарушений не является обязательным**.

Если посредством медицинских, технических, терапевтических или психолого-педагогических мероприятий удается воздействовать на проявление нарушения, то функциональные ограничения проявляются в меньшей степени. При нарушении слуха это можно объяснить следующим образом: На сегодняшний момент с помощью слухопротезирования мы в состоянии дать возможность слабослышащему или глухому ребенку развить слуховое восприятие. Если мы этого не сделаем, то для ребенка будет гораздо труднее, например, освоить языковую речь. Как следствие отсюда вытекают языковые и речевые нарушения. Однако их появление можно также предотвратить.

 **Дефект и дополнительные осложнения.**

О дополнительных осложнениях говорится тогда, когда их причина заключается не в органическом нарушении, например, при трудностях поведения, обучения, концентрации, воспитания, а также восприятия и памяти. При этом свою роль часто играют внешние факторы, которые затрудняют или даже частично препятствуют развитию определенных способностей. Иметь ребенка с нарушением слуха – ситуация для многих семей не из легких. Она может привести к нарушениям в коммуникации между родителями и ребенком, что при определенных обстоятельствах повлияет на психосоциальное развитие ребенка. Здесь также можно оказать помощь через своевременное вмешательство специалистов. Необходимо и сходить из того, что проблемы в обучении и развитии у детей с нарушенным слухом значительно выше, чем у нормально слышащих детей. В основе такого вида нарушения не обязательно лежит какой-либо органический дефект функции. Они могут развиться, но не в обязательном порядке. С педагогической точки зрения важно знать, что не все признаки замедления развития должны проявляться в обязательном порядке. Предотвратить негативные последствия также возможно.

**1.3 Воздействие дефекта и нарушения функции на участие в жизни общества.**

Многообразие дефектов и связанных с ними множественных функциональных нарушений могут оказывать воздействие на развитие слабослышащего или глухого ребенка и, таким образом, на его участие в жизни общества. Лишь тогда, когда речь идет об участии и воздействии нарушения, возникает ограничение в полном смысле.

Люди с ограниченными возможностями – это люди, которым вследствие нарушения своих физических, умственных или психических функций нанесен такой ущерб, что их непосредственная жизнедеятельность или их участие в жизни общества затрудняются.

 Нарушения функции слуха могут иметь различные последствия, как в классическом диапазоне, непосредственно связанном со слухом, так и в сферах, напрямую не связанных со слухом. К „диапазонам слуха“ относятся, среди прочих, следующие:

* слушание (подражать, повторять, имитировать услышанное);
* понимание услышанного;
* развитие языка и речи в коммуникации с одним собеседником и в групповом разговоре с известными и неизвестными лицами;
* слуховое восприятие на шумовом фоне (громкое окружение, когда все говорят между собой и т.д.);
* при использовании аудио-визуальных средств информации.

К областям, не связанных непосредственно со слухом, относятся, среди прочих, следующие:

* моторные способности;
* психосоциальные способности;
* эмоциональность;
* когнитивные способности.

Все эти способности играют роль, когда речь идет о том, какие возможности дети будут иметь в семье, в своем жизненном пространстве, в детском саду, школе, в профессии и в обществе.

**Глава 2 – Задачи реабилитации слуха**.

 Важнейшие цели обучения:

* знать, какие условия необходимы для успешной реабилитации;
* уметь сформулировать, что является особенно важным при реабилитации слуха у детей со множественными ограничениями;
* понимать, почему так важно квалифицированное ведение „Истории развития ребенка“.

Задача реабилитации слуха заключается в том, чтобы посредством развивающих и терапевтических моделей положительно воздействовать на последствия нарушения слуха, оказываемые на функцию слухового восприятия. Таким образом, можно оказать интенсивное противодействие негативным последствиям нарушения слуха и, следовательно, сократить объем ограничений по слуху. Важными условиями для этого являются:

* нарушения слуха должны диагностироваться как можно раньше;
* слухопротезирование должно проводиться непосредственно после установки диагноза;
* выявляются множественные нарушения (ограничения), наблюдаются и фиксируются задержки в развитии.

Последствия, которые могут быть связаны с нарушением, зависят от времени установления диагноза, от степени тяжести нарушения и возможностей слухопротезирования и медицинской помощи, а также от момента начала и вида развивающих мероприятий.

У каждого вида ограничения свои специфические основные направления при проведении развивающих мероприятий. Если у ребенка наряду с нарушением слуха присутствуют и другие ограничения, то, разумеется, их необходимо учитывать при проведении раннего вмешательства, например, через сотрудничество со специалистами других дисциплин.

При нарушении слуха основное внимание уделяется слуховому восприятию в контексте с общим развитием слабослышащего или глухого ребенка. Слух, как основная сенсорная способность оказывает воздействие не только на языковые и коммуникативные навыки ребенка, но и на моторное, социально-эмоциональное и когнитивное развитие.

Слух оказывает влияние на обучение, концентрацию, память и поведение ребенка. Мероприятия по развитию слухового восприятия поддерживают развитие ребенка в соответствии с его возрастом.

Так как последствия нарушений не определяются изначально, очень важно внимательно наблюдать за прогрессом в отдельных областях развития и, если это возможно, объективно его документировать. При проведении раннего вмешательства слабослышащего или глухого ребенка сразу же после установления диагноза, т.е. в будущем уже в возрасте нескольких месяцев жизни, следует обращать внимание на то, известны ли к этому моменту или проявляются ли другие ограничения.

Что же именно нужно делать? Первоначально в такой ситуации полная неуверенность в себе свойственна не только родителям ребенка. Остальные члены семьи, все окружение, няни, воспитательницы в детском саду могут чувствовать себя аналогично.

 Что же делать? Конечно же, на начальном этапе требуется компетенция специалистов. Информация и импульсы по возможностям развивающих мероприятий при определенных ограничениях – это первое. На что обращать внимание, как можно помочь ребенку развить его навыки и умения в целом? В каком объеме помощи нуждаются родители, няни, воспитатели и сам ребенок с ограниченными возможностями? На какой ступени развития находится ребенок? Ответ на последний вопрос имеет особо важное значение. Ответы на эти вопросы укрепляют меня в общении с ребенком, они дают толчок для обращения внимания на те аспекты развития, которые могли быть мной не замечены или не восприняты. Чтобы получить эту информацию, целесообразны собственные наблюдения.

Однако они должны быть дополнены объективными данными, например, через использование профилей развития (опросников). Они могут быть особенно полезны, если у ребенка множественные ограничения жизнедеятельности. Такие профили должны базироваться на знании об основных этапах детского развития, которые тоже представлены в этом проекте.

**Лекция 7. Двуязычие у детей с нарушением слуха.**

**Глава 1 Раннее двуязычие – общие модели освоения.**

* 1. Теории освоения двуязычия.
	2. Воспитание в целях формирования двуязычия.
	3. Развитие словарного запаса и двуязычие.
	4. Рекомендации по развитию детей, растущих в двуязычной среде.
	5. По развитию речевых навыков.
	6. Смешение языков, смена и выбор языка.

**Глава 2. Раннее двуязычное воспитание детей с нарушением слуха.**

2.1. Факторы воздействия билингвального освоения языка.

2.2. Нарушение слуха и развивающая ситуация.

2.3. Выводы по развивающему воспитанию.

**Глава 1 Раннее двуязычие – общие модели освоения.**

* 1. **Теории освоения второго языка.**

Решающую роль при овладении вторым языком играет интеракция (взаимодействие) между ребенком и носителями целевого языка. Для этого партнер по интеракции должен понимать/интерпретировать высказывания ребенка. Речевые навыки не должны передаваться изолированно, потому что учебные результаты не будут достигнуты, если не учитываются интересы ребенка. Следовательно, успешное освоение детьми двух языков предполагает наличие достаточных возможностей для интеракции с компетентными носителями целевого языка и обучение в маленьких группах. Исследования подтверждают, что специализация головного мозга для языка не является врожденной, а развивается из речевой интеракции с лицом, занимающимся уходом и воспитанием ребенка, и окружающей его средой.

Следовательно, для речевого наблюдения и развития детей, растущих в двуязычии, невероятно важно охватить всю сеть участников коммуникации, в которой они осваивают язык(и) (родители, друзья, детский сад, центр развития, логопед…). Таким образом, можно дифференцированно задокументировать языковое окружение ребенка. На этой базе можно подумать, где предлагать целенаправленные возможности для языкового развития, и какие рекомендации давать родителям и другим лицам из окружения ребенка относительно применения языка.

**Модели раннего двуязычия.**

В принципе, освоение несколькими языками возможно в любом возрасте. В этих случаях говорят о двуязычии, известном многим из изучения второго языка в школьные годы. И напротив, освоения языка как „родного“ возможно только в рамках определенных возрастных границ. Здесь говорится о раннем освоении второго языка или раннем двуязычии. Оно подразделяется на :

**Одновременное овладение двумя языками как родными ребенком в возрасте от 1 до 3 лет**.

Например, у родителей ребенка разные родные языки: каждый из них говорит с ребенком исключительно на своем родном языке. Уже в 2-годовалом возрасте дети могут принципиально разделять языки, применять свои языки в соответствии с речевым партнером и корректировать свой выбор языка. Для процесса освоения кажется не важным, осваивает ли ребенок один или несколько языков одновременно. Но очевидно, что такое освоение отдельных языков незначительно отличается от языкового освоения ребенка, растущего в одноязычной среде.

Условием для успешного двуязычия детей младшего возраста является возможность для интеракции с компетентными партнерами по коммуникации и частые повторения таких коммуникативных действий. Через эти процессы интеракции дети могут форсировать свое когнитивное и языковое развитие

**Последовательное (сукцессивное) раннее двуязычие.**

Эта форма двуязычия относится к детям, овладевающим вторым языком в возрасте от 3 до 5 лет. Их первый обширный контакт со вторым языком происходит в возрасте 3-4 лет. В интересах оптимального языкового развития детей с многоязычным окружением, конфронтация с новыми языками должна начинаться по возможности как можно раньше. Правда, все результаты исследований, на которые мы ссылаемся, относятся к детям без патологии слуха.

**1.2. Воспитание в целях формирования двуязычия.**

Дети, сталкивающиеся со вторым языков в 3- или 4-летнем возрасте, уже владеют основными знаниями своего первого языка. Таким образом, их первый язык образует важную предпосылку в овладении вторым языком. Первый язык дает импульсы для когнитивного развития, а когнитивное развитие, в свою очередь, дает импульсы для дальнейшего развития первого и второго языков. Поэтому к первому языку нельзя относиться небрежно.

Некоторые родители хотели бы, чтобы их дети как можно скорее научились немецкому языку, даже если первый язык будет при этом забыт. Другие родители хотят, чтобы первый язык сохранился. Третья группа выражает желание, чтобы дети выучили второй язык, но, по возможности, не забыли при этом первый. И все же в этой третьей группе доминирует язык окружения.

Кстати, языковая компетенция во втором языке частично зависит от компетенции в первом. Поэтому родителям надо постоянно напоминать о том, что первый язык при двуязычии активизируется автоматически, и что дифференцированный первый язык является хорошей предпосылкой для освоения второго языка. Поэтому первый язык необходимо сохранять и развивать, прежде всего, в дошкольном возрасте. Если первый язык запускается, то придет время, и он выйдет из употребления ребенка. Кроме того, дети, которые приобрели недостаточную компетенцию в первом языке, развиваются в области когнитивного развития хуже, чем владеющие в первом языке хорошими языковыми навыками, так как у них нет „кода“, с помощью которого они могут структурировать и накапливать свои знания.

**Билингвальное воспитание не должно оказывать ни негативного, ни позитивного воздействия.**

Преимущества и недостатки воспитания в целях формирования двуязычия зависят, во-первых, от обстоятельств, при которых языки осваиваются, а, во-вторых, от уровня развития обоих языков. Если дети национальных меньшинств имеют возможность до начала школьного обучения развивать оба языка в позитивном эмоциональном климате с компетентными речевыми партнерами, то они могут достичь высокого уровня в обоих языках, при этом пользу от двуязычия извлекают как сами дети, так и общество, в котором они живут.

**1.3. Развитие словарного запаса и двуязычие.**

В области овладения лексическим запасом есть разные формы усваивания новых понятий. При этом различают „fast mapping“ („быстрое схватывание“) и сознательное запоминание новых слов. Большая часть словарного запаса приобретается по неуправляемому пути. Слова, которые не употребляются, подлежат „вымиранию“ и из активного словарного запаса исчезают. При освоении второго языка сами изучающие тоже отличаются между собой, среди них различают так называемых „собирателей слов“ и „собирателей штампов“. Изучающие второй язык имеют тенденцию переносить основные значения слов из первого языка на слова второго языка.

**Различия при освоении первого/второго языка.**

Двуязычные дети, как правило, намного опережают своих одноязычных сверстников в когнитивном развитии. Детям младшего возраста слова первого языка изначально служат вспомогательным средством при восприятии окружающего мира - взаимосвязь языкового и когнитивного развития. К развитию словарного запаса во втором языке это относится не в полной мере. Освоение второго языка базируется на (более или менее) развитых значениях слов и на семантической структуре первого языка. У детей дошкольного возраста такое разграничение развития значений слов в первом языке еще очень размытое, в первом языке их словарный запас также еще ограничен. Это приводит к тому, что значения слов могут переноситься как из первого языка на второй, так и наоборот. Через освоение второго языка можно способствовать развитию первого языка. Пример: В детском саду дети узнают новое понятие „динозавр“. Это значение они знают теперь только на втором языке, но когда они придут домой, то выспросят у родителей, как оно будет звучать на первом языке.

**Развитие словарного запаса во втором языке.**

Усвоение словарных значений во втором языке проходит поэтапно. На начальном этапе усваиваются названия знакомых объектов, для которых существуют обозначения на первом языке. При этом сначала приобретается только одно основное или частичное значение, потом значение понятия дифференцируется шире и обогащается через собственный опыт.

Другим важным фактором при овладении словарным запасом во втором языке является овладение образцами устойчивых звуков речи. Овладением словарным запасом может ускориться только тогда, когда звуковая система второго языка в основном освоена. За начальным этапом следует этап информационной надстройки; дети пытаются расширить значения, т.е. они испробуют, для каких объектов то или иное значение применимо. Параллельно к этому и, соответственно, сразу же после этого, они ищут соотношения между словами и значениями, они связывают отдельные понятия и образуют соотношения с другими словами (например, образование общих и видовых понятий). За этим этапом следует формирование знаний о возможности комбинирования слова с другими словами (синтагматическое ориентирование/взаимоотношения).

**О роли первого и второго языков при усваивании новых слов.**

Усваивание новых слов во втором языке автоматически связано с активизацией первого языка. Предположительно, что при раннем двуязычии происходит двусторонняя активизация обоих языков, т.к. всегда, когда дети узнают что-то новое на одном языке, они проводят сравнение и переспрашивают, как называется соответствующее слово на другом языке. Как правило, одноязычные взрослые, занимающиеся с детьми, не ожидают, что дети уже на раннем этапе овладения вторым языком производят соотношения со словарным запасом первого языка. Однако дети, растущие в двуязычии, именно так и поступают. Через такое „двойное создание связей“ становится возможным длительное запоминание, а также гибкий выбор и комбинирование слов. Поэтому целью взрослых должно являться предоставление детям возможности систематически развивать оба языка.

**Трудности при овладении словарным запасом во втором языке.**

Артикуляция слова тоже играет важную роль, например, скопление согласных/отклонение от артикуляционной системы первого языка. Другим фактором при усвоении новых слов является роль культуры. Некоторые обозначения существуют только в одном языке, поэтому для другого языка необходимо развивать новые понятия. На основании ситуации дошкольников, у них есть несколько проблемных факторов; во-первых, их артикуляционная система в первом языке развита еще не полностью. Это затрудняет им овладение системой звуков речи второго языка. Во-вторых, значения многих слов для них еще не четко дифференцированны (в первом языке тоже), поэтому семантические связи у них в целом еще содержат крупные пробелы. На этом несформировавшемся словарном запасе должны развиваться значения новых слов, которые, в свою очередь, должны быть разграничены от значений в первом языке, во втором языке тоже должны формировать семантические связи, а одновременно с этим, и связь с ассоциациями в первом языке.

Из этого становится понятным, насколько для детей, растущих в двуязычии, возрастает объем когнитивных и языковых требований, включая требования по развитию моторики рта.

**1.4. Рекомендации по развитию детей, растущих в двуязычной среде.**

Как способствовать языковому развитию таких детей и мотивировать их к овладению вторым языком? Как оптимизировать развитие во втором языке так, чтобы дети к моменту поступления в школу уже владели необходимыми языковыми навыками, несмотря на отсутствие у них ровесников для игр? Базисом успешного освоения второго языка (и не только) в дошкольном возрасте является атмосфера благополучия и защищенности. Еще очень важно, чтобы дети и дальше приобретали опыт на своем первом языке. Одновременно на игровой основе должны усваиваться основы второго языка, целенаправленные импульсы должны побуждать к сравнению и создавать первые соотношения между двумя языками. Чтобы облегчить детям освоение второго языка, сначала желательно вводить его через сопровождение действий. Для развития навыков письма и чтения нужно предлагать детям сначала детские книги на первом языке, а потом на втором. Кроме того, рекомендуется инсценировать действие, чтобы таким образом подкреплять понимание. Нужно стремиться к поддержанию регулярных контактов с детьми, родной язык которых является вторым языком ребенка (например, искать детские сады или группы). Предпосылкой позитивного билингвизма и двуязычной грамотности всегда является доверительное сотрудничество с родителями.

**1.5. По развитию речевых навыков.**

При поступлении в детский сад дети, как правило, знают на своем первом языке несколько сотен слов, а также основные модели предложений. Кроме того, у них сформированы слуховые образцы и слуховые ожидания, которые могут мешать при конфронтации со вторым языком. Вслушивание в чужую (мелодию, ритм) второго языка представляет собой сложную когнитивную, аудитивную и языковую деятельность. По причине высокой скорости речи сложным является и различение звуков (дискриминация). Сюда добавляется то, что звуки часто близки хорошо знакомым звукам первого языка, но отличаются, хотя и минимально, во втором языке и поэтому артикулируются по-другому. Итак, сначала необходимо корректно воспринимать на слух звуковую систему второго языка, т.к. только то, что корректно воспринимается на слух, может воспроизводиться также корректно.

**Освоение звуковой системы.**

Еще до рождения ребенок воспринимает ритмические и мелодические особенности родного языка и формирует определенные слуховые ожидания. После рождения дети познают, какие звуки существуют в родном языке, какие комбинации звуков в родном языке возможны и допустимы. Чтобы быть в состоянии артикулировать звуки второго языка, необходимо развивать новый опыт в восприятии и новые артикуляционные навыки. Дети, осваивающие два языка в дошкольном возрасте, осваивают, следовательно, две системы звуков речи. В основном при этом проблем у детей не возникает, но период освоения может сильно варьироваться. Не все звуки представляют для детей одинаковые проблемы, звуки и звукосочетания бывают трудными и легкими. Восприятие и дискриминация (различение) гласных происходит легче, чем согласных. Восприятие согласных (звукосочетаний из согласных) развивается медленно. Через раннее освоение гласных звуков они часто фиксируются по родному языку, что часто приводит к проблемам и смешениям. Развитие системой звуков в первом языке обычно завершается в 7-летнем возрасте.

**1.6. Смешение языков, смена и выбор языка .**

**Наблюдения в области фонологии.**

Интересно рассмотреть фонологические процессы, которые проявляются у двуязычных детей на начальном этапе освоения второго языка. Во многих отношениях они совпадают с фонологическими процессами у слабослышащих и глухих детей-носителей КИ. Следовательно, у слабослышащих и глухих детей, растущих в двуязычии, необходимо различать между типичными отклонениями от языковой нормы, вытекающими из нарушения слуха, и отклонениями, которые проявляются вследствие двуязычия. Сюда же добавляется то, что у многих детей дошкольного возраста еще встречаются артикуляторные погрешности, обусловленные развитием.

В период фонологических гипергенерализаций осваивается лишь малое количество новых слов, большая часть энергии затрачивается на артикуляцию, вследствие чего нет ресурсов для запоминания новых слов. Кроме того, необходимо осваивать просодические элементы нового языка, а также правила акцентуации (ударения).

Трудно становится ещё и тогда, когда дети по отношению ко второму языку развивают тенденцию к избегающему поведению и не пользуются вторым языком из-за неуверенности, честолюбия, страха допустить ошибку или негативного отношения родителей к чужому языку.

Похожие на слух слова и части слова смешиваются, правда, в большинстве случаев только на короткое время. Явления интерференции проявляются прежде всего в тех звуках, восприятие и воспроизведение которых в родном языке уже развито (гласные звуки). Так как гласные звуки осваиваются очень рано, то они более предрасположены к интерферентным ошибкам, чем согласные, которые осваиваются позднее.

На этапе освоения новой системы звуков речи дети часто воспроизводят нестабильные слова, т.е. в артикуляции слов встречаются отклонения. Такое часто наблюдается также у глухих и слабослышащих детей. На начальном этапе, пока не развился устойчивый слуховой образец, многие слова воспроизводятся очень нестабильно. Примерно через 3 месяца после начала двуязычного воспитания в детском саду, дети начинали лучше дифференцировать оба языка (при доминировании первого языка). Родной язык применялся как язык эмоций и для достижения договоренности. Дети учились целенаправленно применять языки с различными партнерами интеракции (родной язык – дома, с родными; русский – с воспитателями). При возрастании языковой компетенции в русском языке они начинали больше пользоваться средствами информации на русском языке (компакт-диски, детские книги и т.д.).

**Глава 2. Раннее двуязычное воспитание детей с нарушением слуха.**

 **Важнейшие цели обучения:**

* узнать, какие факторы отвечают за субнормальные достижения детей с нарушением слуха в двуязычной среде;
* знать, какое значение имеет выбор первого языка для обучающего языкового процесса этих детей;
* уметь анализировать следствия билингвальной ситуации для развития детей с нарушенным слухом.

До последнего времени раннее слухоречевое развитие детей с нарушенным слухом в условиях двуязычия вызывало научный интерес лишь в незначительном объеме. Скорее всего, это связано с тем, что ранее феномен многоязычия слабослышащих и глухих не вписывался в образную сферу „тугоухости и глухоты“.

На базе многих исследований стало известно, что даже слышащие дети из двуязычных семей частично имеют значительные проблемы в освоении второго языка и демонстрируют речевые нарушения даже в школьном возрасте. И все-таки слышащие дети обязательно учат свой родной язык, хотя и не всегда на качественно хорошем уровне.

Если мы рассмотрим ситуацию детей с нарушенным слухом, то сегодня можем исходить из того, что глухие или слабослышащие дети с помощью кохлеарной имплантации (КИ) или слуховых аппаратов проходят развитие языковой речи, очень близкое к нормальному.

К детям из двуязычных семей это относится лишь в очень ограниченном объеме. Эти дети отличаются очень плохим развитием языковой речи, несмотря на то, что они слухопротезированы теми же техническими средствами слухопротезирования и проходят одинаковые мероприятия по раннему вмешательству.

**2.1. Факторы воздействия билингвального освоения языка.**

Какие факторы могут оказывать воздействие на освоение языка детьми из двуязычных семей? По единодушному мнению, базирующемуся на опыте в области реабилитации и раннего вмешательства, дети с дополнительными ограниченными возможностями по слуху овладевают лишь очень ограниченными речевыми навыками как на родном языке, так и на языке окружения.

Естественно, эти результаты зависят от целого ряда факторов: культуры, религии, уровня образования родителей, интеграции/сегрегации в социальном обществе и социально-экономического статуса. Очень часто отдельные факторы трудно четко разграничить между собой.

Однако, в общем и целом свое подтверждение находит тот факт, что дети, у родителей которых хороший уровень образования и, как следствие, более высокий общественный статус, проходят позитивное двуязычное развитие, несмотря на нарушение слуха. Дети родителей с низким уровнем образования и низким социально-экономическим статусом, наоборот, развиваются значительно хуже. Очень часто родителям этих детей очень сложно анализировать свой язык и осознавать, как им говорить со своим ребенком. Дети с нарушенным слухом из русских семей, родители которых также имеют низкий уровень образования, тоже часто достигают лишь неудовлетворительного уровня развития речи.

**Культурная ориентация**.

Наряду с социально-экономическим статусом, важную роль в освоении языка играет также ориентация на культуру национального большинства или страны происхождения. Произошла ли культурная и языковая адаптация семьи, или она сознательно отграничивает себя от принявшего ее социального общества? Позиция родителей относительно оценки принявшего ее общества оказывает значительное влияние на мотивацию ребенка учить русский язык. Семьи, чувствующие себя в России комфортно, передают своим детям позитивный настрой к русскому языку. Родители, не чувствующие себя уверенными и интегрированными в общество, передают своим детям (непроизвольно) дистанцию к русскому языку и, вероятно, меньше говорят с детьми, вследствие психической нагрузки из-за плохой интеграции, а когда говорят, то их речь менее эмоциональна. Прежде всего, это неблагоприятно сказывается на детях с нарушением слуха, для которых восприятие просодических элементов является особенно важным аспектом.

**Речевая компетенция родителей.**

Другой важный фактор для успешного двуязычного воспитания, как нам кажется, заключается в устной речевой компетентности родителей во втором языке. Более тесная идентификация с культурой национального большинства приводит к увеличению речевых контактов и, таким образом, к улучшению устной речевой компетенции. Кроме того, родителей, плохо владеющих русским языком, очень трудно проконсультировать в полном объеме относительно поддержки и стимуляции развития их слабослышащего или глухого ребенка. Следовательно, из-за недостаточной языковой компетенции многих не говорящих на русском родителей (прежде всего, матерей) собеседования и консультации со специалистами не могут успешными. Это ведет к дополнительной изоляции данных родителей, т.к. они не могут быть вовлечены в развивающий процесс в полной мере и переживают процесс речевого развития ребенка в роли наблюдателей со стороны. В тех семьях, в которых хотя бы один родитель хорошо говорит по-русски, могут намного активнее вовлекаться в организацию развивающей ситуации для своего ребенка. Хорошая языковая компетенция в русском языке приводит, как правило, к улучшению интеграции в общество, что в свою очередь приводит к снижению эмоционального напряжения в семье.

**2.2. Нарушение слуха и развивающая ситуация.**

Овладение языком находится также в зависимости от вида и степени нарушения слуха, момента его появления, начала проведения развивающих мероприятий, раннего вмешательства, от качества слуховой техники, комплексных нарушений и других отягчающих факторов.

**Выбор первого языка.**

Выбор первого языка в коммуникации со слабослышащим или глухим ребенком необходимо рассматривать как один из критических факторов. Поэтому наши рассуждения концентрируются на возможностях восприятия речи слабослышащими и глухими детьми, на значении ввода языка через родителей и язык терапии.

В нерусских семьях очень редко можно встретить идеальную ситуацию для типичного овладения двумя языками как родными: Здесь не такая расстановка, при которой один родитель говорит по-русски, а другой – на родном, а ребенок получает одинаковые доли обоих языков в решающие первые годы жизни – и так, не затрачивая видимых усилий, становится двуязычным! Во многих семьях русский и родной языки четко не разделены, так что ребенок не может развить слуховые и речевые образцы для каждого языка отдельно. Беседы с матерями показали, что родители сами перескакивают с одного языка на другой, допуская при этом большое количество грамматических ошибок. Кроме того, многие родители не осознают свое собственное речевое поведение и частично не знают, какие понятия в каком языке понимает и говорит их ребенок. Смешение языков приводит еще и к тому, что ребенку с нарушением слуха очень сложно воспринимать мелодику предложений и ухватить слоговую структуру слов с помощью ударения. Смешение двух звуковых систем также затрудняет усвоение слуховых образцов в обоих языках.

Если разделение языков по лицам происходит, то в основном по-русски с ребенком говорит только отец, да и то максимум один или два часа вечером, в то время как на протяжении всего дня мать говорит с ним только на родном языке. В настоящее время мы можем только предполагать, почему этим детям также очень тяжело дается языковая речь. Вероятно, здесь играет роль эмоциональная и психическая нагрузка матери вследствие отсутствующей интеграции в общество, принявшее семью. Недостаточное осознание языковых потребностей ребенка по причине низкого уровня образования тоже может неблагоприятно сказываться на развитии речевых навыков ребенка.

**2.3. Выводы по развивающему воспитанию.**

Дети с нарушением слуха, изначально растущие в двуязычии, в процессе освоения речи стоят – если родители не предлагают им сбалансированных и компетентных речевых образцов – перед задачей намного более сложной, чем их одноязычные сверстники. Дети с тугоухостью тяжелой степени, несмотря на самое лучшее техническое слухопротезирование и равное функциональное слуховое восприятие, не в состоянии освоить отличительные признаки различных языковых кодов и пройти процесс освоения языков с нормальной скоростью, не говоря уже о восполнении пробелов, возникших вследствие более позднего начала развития речи. Конфронтация с различными языковыми кодами скорее дополнительно отбрасывает их назад и наносит ущерб в развитии речи в целом. Слабослышащие и глухие дети, растущие в среде одного языка, и терапия которых также проходит на родном языке, осваивают речь значительно легче и быстрее, хотя все еще не так хорошо, как русскоговорящие дети. Большое количество таких детей, после того, как посредством КИ начинает функционировать слуховое восприятие, учат свой первый язык нормальными темпами и, как показывает опыт, на этой базе могут еще в дошкольном возрасте изучать второй язык без нарушений в первом языке.

**Лекция 8. Основные этапы детского развития.**

**Введение**

**Глава 1. Концепция развития.**

* 1. Факторы, объясняющие изменения.
	2. Взаимосвязь развития.

**Глава 2. Психомоторное развитие.**

2.1. Рождение и первые месяцы.

2.2. Моторное развитие до 3-летнего возраста.

2.3. Игра.

**Глава 3 Когнитивное развитие.**

3.1.Органы чувств.

**Глава 4. Коммуникация и развитие речи.**

4.1. Доречевое развитие языка.

4.2. Речь до 3-летнего возраста.

**Глава 5. Личность и развитие эмоциональных аспектов.**

5.1. Развитие эмоций.

5.2. Контакт с другими людьми.

**Глава 6. Развитие восприятия музыки.**

6.1. Воздействие музыки на отношение мать-ребенок.

6.2. Психология музыкального развития.

6.3. Музыка и кохлеарный имплант.

**Введение**

В период от рождения до 3 лет ребенок проходит большие изменения и делает достижения во всех областях развития: в умственном, моторном, социально-эмоциональном и речевом развитии. У каждого ребенка свой собственный ритм и темпы роста и развития. В этой работы мы будем говорить обобщенно. Как атмосфера в семье, так и воспитательная среда оказывают влияние на развитие ребенка. Очень важно знать возможности и потребности ребенка на каждом этапе для того, чтобы правильно определять цели и мероприятия для развивающей программы в фазе пристального наблюдения за ребенком в возрасте между 0 и 3 годами. Этот период невероятно важен для дальнейшего развития ребенка как личности, члена человеческого общества, имеющего устойчивые ценности, правила и отношения, которые должны уважаться и по которым необходимо жить в этом обществе.

С возрастом люди изменяются как внешне, так и внутренне. Этот процесс изменений мы и называем развитием. В этом пункте желательно разъяснить некоторые понятия, схожие между собой, но тем не менее имеющие различия:

* Рост: относится к количественным изменениям, связанным с увеличением размеров тела.
* Созревание: относится к морфологическим процессам и изменениям в поведении, обусловленным биологически.
* Обучение: относится к поведенческим изменениям личности, вызванным через освоение нового опыта и навыков.

Развитие является общим понятием, объединяющим все вышеуказанные. Это понятие относится ко всем количественным и качественным изменениям человека, включая психические и биологические аспекты, а также навыки, приобретаемые личностью с возрастом.

В процессе развития любого человека проявляются критические или чувствительные этапы, которые являются моментами, особенно предрасположенными для формирования определенных навыков и умений. Поэтому очень важно проводить постоянное наблюдение и оценку развития ребенка в раннем и младшем возрасте, чтобы иметь возможность вовремя устранять или смягчать возможные дефициты в развитии. Это возможно благодаря пластичности нервной системы ребенка.

* 1. **Факторы, объясняющие изменения.**

Психологические изменения объясняются тремя основными факторами, которые связаны в противостоящие пары:

А. Наследственность против окружающей среды.

Б. Последовательность против прерывности.

В. Закономерность против идеографии

Мы не имеем единого мнения о том, в какой степени эти факторы воздействуют на развитие ребенка и какой из факторов оказывает наибольшее воздействие на развитие отдельного человека. Однако очевидно, что каждый из этих факторов оказывает воздействие на развитие человека.

**А. Наследственность против окружающей среды.**

Споры по вопросу, что является причиной изменений человека: наследственность или окружающая среда, ведутся еще со времен античности. В определенной степени эти дебаты нецелесообразны, поскольку оба эти фактора играют свою роль в изменении индивидуума.

Приверженцы теории доминирования биологического начала утверждают, что наследственность является фундаментальным фактором в процессе изменения отдельной личности. Информация, заложенная в генетическом коде, передается ребенку от родителей, следовательно, по их мнению, наследственность играет фундаментальную роль в развитии. Они считают, что, начиная с рождения, действует унаследованная информация, которая „запускается“ по мере того, как продвигается „календарь созревания“, и это является единственной причиной, по которой человек изменяется. Приверженцы влияния окружающей среды предполагали обратное. По их мнению, причина изменений и, следовательно, развития заключается в воздействии окружающей среды. Ребенок формируется благодаря своей связи со средой окружения, в которой он развивается. Воздействие семьи, школы, культуры, друзей и т.д. и жизненные условия человека могут радикально изменить его развитие.

**Б. Последовательность против прерывности.**

Другим фактором, также вызывавшем большие дискуссии, является противопоставление последовательности против прерывности. Сторонники постоянного развития рассматривают развитие как гармоничный и стабильный процесс. Поэтому изменение носит количественный характер. Эта модель подвергается критике, прежде всего, со стороны приверженцев доминирования окружающей среды. Те же ученые, которые рассматривают изменение с точки зрения прерывистости, считают изменение неопосредованным, иногда даже непредсказуемым процессом. По их мнению, изменение может происходить „скачкообразно“. Они утверждают, что изменения носят качественный, обычно значительный, характер. В основном приверженцами этой модели являются сторонники доминирования биологического начала в развитии человека.

**В. Закономерность против идеографии.**

Авторы, выдвигающие тезис – изменение есть закономерность -, утверждают, что изменение универсально. Оно происходит у всех детей мира, независимо от их культуры или окружающей среды. Такие изменения обычно ставятся в зависимость от биологических аспектов развития и, следовательно, являются наследственными. Сторонники идеографии считают, что каждый индивидуум является „миром“, сформированным из собственного опыта и определенными условиями его жизни, особенно окружающей средой. Они считают, что изменения индивидуальны и вызваны контекстом, хотя не отрицают при этом возможность внутреннего воздействия на развитие самим индивидуумом.

* 1. **Взаимосвязь развития.**

Взаимосвязь, в которой развивается индивидуум, воздействует на его развитие. Поэтому на процесс формирования личности могут оказывать свое влияние различные факторы контекста. Существуют различные виды контекста, но только четыре из всех действительно чрезвычайно релевантны: историческая, культурная, социально-экономическая и этническая взаимосвязь.

**Глава 2 – Психомоторное развитие.**

**Цели обучения:**

* знать основные этапы детского развития и предупредительные сигналы в психомоторном развитии;
* знать физические и моторные характеристики ребенка от 0 до 3 лет.

**2.1. Рождение и первые месяцы жизни.**

После рождения новорожденный должен адаптироваться к новой ситуации, причем за очень короткое время. Ребенок становится независимым от матери, и все жизненные функции – дыхание, кровообращение, пищеварение и регулирование температуры тела – выполняются независимо от матери. В 1953 году врач-анестезиолог Вирджиния Апгар разработала тест, с помощью которого можно измерить степень способности каждого ребенка к адаптации к новой жизненной ситуации. С тех пор этот тест проводится на новорожденных во всем мире. Тест проводится через 1 минуту после рождения ребенка и повторяется через следующие 5 минут.

**Тест по шкале Апгар.**

**Как функционирует тест?**

Он оценивает жизнеспособность новорожденного. Измерения проводятся через 1 минуту после рождения, а затем через 5 минут, иногда еще раз через 10 минут после рождения.

Обследуются 5 параметров:

* частота сердечных сокращений (измерение пульса);
* дыхание (трудности при дыхании);
* мышечный тонус (двигательная активность);
* рефлексы (вызывается чихательный рефлекс);
* окраска кожных покровов (розовая, синюшная или бледная).

Максимальная оценка составляет 10 баллов. Если параметры одного из обследований очень низкие, то новорожденному могут потребоваться реанимационные процедуры.

|  |
| --- |
| **Оценочные критерии по шкале Апгар** |
|  | **0 пунктов** | **1 пункт** | **2 пункта** | **Признаки** |
| Окраска кожного покрова  | синюшная | нормальная, но конечности синюшные | нормальная | Внешние |
| Сердечные сокращения  | отсутствуют | <100 | >100 | Пульс |
| Рефлексы и раздражительность | Реакция на стимуляцию отсутствует | После стимуляции слабый плач/гримасы | После стимуляции чихает/кашляет/ отталкивает | Жестику- ляция |
| Мышечный тонус | слабый | вялые сгибания | активные движения | Активность |
| Дыхание | отсутствует | слабое или нерегулярное | хорошее, сильное | Дыхание |

**Рефлексы новорожденных.**

 Следующие рефлексы для новорожденного нормальны:

1. **Рефлекс Моро.** Этот рефлекс проявляется, когда голова младенца откидывается назад или быстро двигается, либо же когда ребенка пугает громкий звук. Ребенок реагирует, вытягивая ручки, ножки и затылок. Потом моментально обхватывает себя ручками. Иногда при этом плачет. Этот рефлекс пропадает через 2 месяца после рождения.
2. **Сосательный рефлекс.** Это рефлекс связан с поиском груди матери. Если щеки младенца нежно погладить пальцем, то он повернет свою голову к пальцу. Рефлекс сохраняется от 3 до 4 месяцев.
3. **Хватательный рефлекс.** Новорожденный хватается за все, что находится у него на ладони, и зажимает в кулачке. Этот рефлекс сохраняется до 5-6 месячного возраста.
4. **Рефлекс хождения.** Если младенца подхватить под ручки и поставить на твердую поверхность, то он будет делать маленькие шажки. Обычно эта реакция сохраняется как минимум на несколько месяцев.

В каждом триместре первого года жизни младенца, при условии нормальной стимуляции его онтогенетического развития, проявляются значительные фазы в развитии моторики. В случае значительной задержки моторного развития необходимости обращаться за помощью к специалистам для введения целенаправленной программы стимуляции развития. Проявление фундаментальных этапов развития на каждой стадии жизни ребенка в большой степени зависят от созревания его нервной системы, а также от влияния окружающей среды и воспитания.

|  |
| --- |
| **Календарь физического развития новорожденного** |
| **Функции** | **Описание** | **Возраст** |
| Контроль головы  | Держать голову прямо  | 3-4 месяца  |
| Координация глаза-рука | Координация между глазами и рукой для возможности точно ухватывать предметы | 3-4 месяца |
| Позиция сидения | С поддержкой Без поддержки | 4-5 месяцев 6-7 месяцев |
| Ползание | Передвигаться на четвереньках | Примерно с 8 месяцев |
| Стоять в вертикальном положении | С поддержкой Без поддержки | 9-10 месяцев 12 месяцев |
| Ходить | С поддержкой Без поддержки | 11-12 месяцев 12-14 месяцев |

**2.2. Физическое развитие до 3-летнего возраста.**

**Ребенок от 0 до 1 года**

* Когда ребенок рождается, то в среднем он весит 3,5 кг, а его рост составляет ок. 50 см. С этого момента начинается постоянное и регулярное развитие (кривая развития).
* Первые четыре недели жизни относятся к периоду новорожденности, переходу от внутриутробного к независимому существованию.
* У новорожденных есть свои отличительные характеристики: большая голова, большие сонные глаза, маленький нос, вжатый подбородок (для грудного вскармливания) и толстые щеки.
* Голова новорожденного составляет ¼ всей длины его тела. Большой и малый роднички – участки неплотного соединения костей черепа – полностью закрываются только к 18-месячному возрасту.
* Физический рост в течение первых трех лет жизни протекает быстрее, чем на протяжении всей оставшейся части жизни.
* Первый зуб появляется в возрасте между 5 и 9 месяцами. К году у ребенка уже 6-8 зубов, а в 2,5 года – 20 зубов.
* Способность двигаться свободно и целенаправленно развивается поэтапно. Развитие двигательных навыков происходит в определенной последовательности.
* Умение ходить и брать предметы в руки являются двумя самыми отличительными двигательными навыками человека, оба из которых развиваются после рождения.

**Законы развития:**

1. Цефалокаудальный закон: Сначала начинают контролироваться части тела, расположенные ближе к голове, т.е. сверху вниз (руки прежде ног).
2. Проксимодистальный закон: Развитие идет по направлению от туловища( сначала начинают контролироваться плечевые суставы, затем локтевые, затем ладони и т.д.)

**Развитие контроля положений тела** (по этим законам)

* 3 месяца: Контроль головы o 3 месяца: самостоятельное переворачивание
* 3,5 месяца: хватание больших предметов
* 4 месяца: координация движений глаза и руки. Умение отпускать или бросать предметы приходит позже.
* 6 месяцев: Умение сидеть без поддержки.
* 7 месяцев: умение брать предметы целенаправленно
* 8 месяцев: ползание
* 10 месяцев: умение стоять и ходить при поддержке
* 12-14 месяцев: первые навыки ходьбы без поддержки.

**Ребенок от 1 года до 2 лет.**

* Подъем и спуск по лестницам. Сначала лестницы преодолеваются с помощью родителей, а потом постепенно осваиваются самостоятельно. 14 месяцев: строится башня из двух кубиков.
* Отталкивает бегунки, пытается ходить сам.
* Играет в мяч руками и ногами.
* Умеет рисовать каракули, составлять детали, бросать и собирать предметы.
* Может играть без устали.
* Начинает самостоятельно кушать.
* В два года ребенок может держать чашку за ручку и самостоятельно пить.

**Ребенок от 2 до 3 лет.**

* Может крутить педали на трехколесном велосипеде.
* Может подниматься по лестнице, используя попеременно то левую, то правую ногу, умеет спускаться с лестницы.
* Может раздеваться и одеваться (снимать и надевать простую одежду без пуговиц или молнии) может сам есть, (почти) не пачкаясь.
* Может рисовать каракули, проводить линии и круги.
* Может контролировать физиологические отправления (сначала днем, затем и ночью).

Тревожные сигналы в психомоторном развитии

 Психомоторное развитие ребенка и его оценка в первичном уходе и медицинской помощи.

**Первый месяц жизни.**

* Устойчивая возбудимость.
* Нарушение сосания.
* Неспособность зафиксировать взгляд на короткое время.
* Отсутствие реакции на шумы и звуки.

**Второй месяц жизни.**

* Сохранение возбудимости.
* Чрезмерный испуг при звуковых раздражителях.
* Аддукция большого пальца рук.
* Отсутствие социальной улыбки.

**Третий месяц жизни.**

* Ассиметрия движений рук.
* Неспособность следить глазами за предметом.
* Не способен держать голову.

**Четвертый месяц жизни.**

* Чрезмерная пассивность.
* Сжатые кулачки.
* Гипертония приводящих мышц (аддукторов) (угол меньше 90º).

**Шестой месяц жизни.**

* Гипертония конечностей и гипотония мускулов шеи и торса.
* Неумение переворачиваться.
* Сохранение рефлекса Моро.
* Не может сесть с поддержкой.
* Не умеет сам взять предмет в руки.

**Девятый месяц жизни.**

* Отсутствие самостоятельной двигательной активности.
* Гипотония мышц торса.
* Неумение сидеть.
* Отсутствие „пинцетной хватки“ – умения брать предметы большим и указательным пальцами.

**Двенадцатый месяц жизни.**

* Неумение самостоятельно стоять.
* Наличие неестественных рефлексов.

**Пятнадцатый месяц жизни.**

* Неумение ходить.
* Отсутствие „пинцетной хватки“.
* Неумение бросать предметы.
* Постоянной переход от одного вида активности к другой.

**Восемнадцатый месяц жизни.**

* Неумение подниматься по лестнице.
* Не знает названий частей тела.
* Не умеет пить из чашки.
* Не может построить башню из двух кубиков.

**Двадцать четвёртый месяц жизни.**

* Ребенок не умеет ходить и бегать.
* Не способен построить башню из 3-6 кубиков.
* Не способен принимать участие в символических играх.

**Тревожные признаки для любого возраста.**

* Повышенные или пониженные подвижность и тонус, анормальное положение тела.
* Непроизвольные движения (дистоническая позиция рук, гиперэкстензия головы и т.д)
* Неестественные движения глазами.
* Задержка в усвоении навыков, способствующих созреванию.
	1. **. Игра.**

В игре заключено гораздо больше, чем простое удовольствие. Игра является важной частью жизни младенца и маленького ребенка.

Игра – это „ежедневная работа“ малыша: она помогает ему учиться и расти. Первыми и основными наставниками/воспитателями ребенка являются родители.

**Почему игра так важна:**

* ребенок познает самого себя и окружающий его мир;
* ребенок приобретает новые навыки;
* учится решать проблемы;
* переживает чувства и эмоции;
* вырабатывает самооценку;
* становится сильнее;
* завязывает контакты (учится делиться и меняться).

**Игра и возраст**

**0-9 месяца**

* Говорите с ребенком и пойте ему. Это помогает малышу научиться говорить и понимать слова.
* Ребенок учится, когда он касается и ощупывает предметы. Предлагайте ему безопасные игрушки и предметы: мягкие игрушки, погремушки, ложку. Когда ребенок звенит погремушкой, он учится тому, что сам может производить эффекты.
* Каждый день кладите ребенка на животик, хотя бы на короткое время. Так он научится стабильно держать головку. Он окрепнет и сможет смотреть по сторонам. Выбирайте для этого подходящую твердую поверхность, кладите ребенка на одеяло или ковер. Оставайтесь рядом с ребенком, следите за тем, чтобы он не уснул, лежа на животе.

**9-18 месяца.**

* Рассказывайте ребенку сказки или читайте ему вслух иллюстрированные детские книжки. Можно самим мастерить книжки, наклеивая в блокнот вырезанные картинки. Показывайте ему картинки. Рассказывайте при этом, что на них изображено.
* Давайте ребенку рисовать каракули цветными карандашами/неядовитыми восковыми мелками.
* Песни и стишки.
* Игры с водой: плавающие игрушки, наполнять водой ведерко, а затем выливать.
* Складывание кубиков.
* Наполнение коробок различными (безопасными) предметами из разных материалов. Следите за тем, чтобы предметы были разной формы и цвета. Дайте ребенку возможность исследовать содержимое различных коробок. Называйте вслух названия предметов.

**От 18 месяцев до 2,5 лет.**

* Переодевание в разные костюмы.
* Рисование пальцами.
* Игровое строительство башень или маленьких домиков из картонных коробок.
* Игры со словами.
* Игры с мячом: бросать, пинать, подкидывать, ловить и т.д.

**Глава 3 – Когнитивное развитие.**

Уже через несколько дней после рождения младенец становится активным исследователем своего окружения. Очень скоро он начнет его понимать. Как ребенок познает и упорядочивает свою окружающую среду в раннем детском возрасте? В этой главе мы попытаемся дать ответ на этот вопрос.

**Цели обучения:**

* знать основы когнитивного развития у ребенка от 0 до 3 лет;
* знать, какие когнитивные процессы ребенок использует, чтобы открыть свой окружающий мир.

**3.1. Органы чувств.**

Как новорожденный понимает мир, в который он попадает после рождения? – Через информацию. Для этого необходимо два процесса: ощущение и восприятие.

**Разница между ощущением и восприятием.**

Между ощущением и восприятием существует большое отличие. Ощущение возникает, когда сенсорный орган (орган чувств) распознает конкретный стимул. Восприятие же происходит тогда, когда мозг пытается классифицировать эти стимулы так, чтобы они были правильно осознаны индивидуумом.

Рассмотрим развитие каждого чувства с первых дней жизни по отдельности: **А. Зрение** – наименее развитое чувство у маленького ребенка. Несмотря на это, новорожденный может видеть значительно лучше, чем мы предполагали еще несколько лет назад.

* Младенцы могут фокусировать свой взгляд на дистанции от 20 до 70 см.
* Младенцы плохо и размыто видят вдаль.
* Можно сказать, что младенцы запрограммированы видеть на дистанции, на которой происходит обмен между матерью и ребенком.
* Через 1 год ребенок может фокусировать взгляд на той же дистанции, что и взрослый. Такое улучшение объясняется двумя причинами: К этому возрасту происходит формирование структур глаза, благодаря которым возможно корректное фокусирование (хрусталик и стекловидное тело). Процесс созревания проходят структуры головного мозга, отвечающие за зрение.
* У младенцев в первые месяцы жизни не развит пространственный анализатор, так как бинокулярное зрение начинает развиваться только с третьего месяца жизни. Эта способность развивается к тому времени, когда ребенок начинает ползать.
* На 8-12 неделе жизни младенцы начинают фиксировать свой взгляд на людях или предметах и следовать за ними глазами. Сначала, чтобы перенести взгляд, дети поворачивают всю голову, а начиная с 2-4 месяцев, они начинают двигать глазами с меньшим участием головы.
* Цветовое зрение наблюдается у ребенка с самого рождения. К четвертому или пятому месяцу жизни младенцы могут различать большинство из обычных цветов.
* Младенцы предпочитают плоским стимулам стимулы с контрастами. Они любят рассматривать блестящие объекты, движущиеся или издающие звуки. Важно отметить, что ребенок ищет не только комплексные предметы. Он с удовольствием наблюдает за предметами, которые стимулируют его в различной форме, отличающейся от обычной. Важно добавить, что человеку вообще свойственно рассматривать новое.
* У младенцев есть один любимый зрительный объект: это лицо человека. Младенец может очень долго рассматривать лицо матери, когда она с ним говорит.

**Б. Слух:** Качество слуха у новорожденного лучше, чем зрения. Можно сказать, что слух младенцев аналогичен слуху взрослых, хотя он и улучшается в ходе развития.

* Младенцы проявляют особый интерес к человеческому голосу. С первых недель жизни они могут узнавать голоса членов семьи и отличать их от голосов других людей. Они могут даже определять, говорят ли чужие люди на языке родителей или на другом.
* До шести месяцев младенцы не в состоянии различать все звуки высокой частоты, а в более старшем возрасте могут не слышать все низкие частоты.

**Развитие слухового восприятия.**

 **а) Этапы развития при локализации звука.**

 1. Движения глазами слева направо, начиная с 12 недели.

2. Движение головой слева направо, начиная с 16 недели.

Локализация источника звука улучшается у ребенка до 36-ой недели жизни. После начальных движений глаз добавляется тонический рефлекс шеи, через который развивается движение головы. Это движение головы осуществляется как реакция на звуковые стимулы, выполняемые под прямым углом к уху или немного ниже. Затем следуют движения головы за звуковыми стимулами, воспроизводимыми на высоте плеча.

В общем можно сказать, что 60% детей могут локализировать звук сначала с правой, а лишь затем с левом стороны. Во всех случаях и на всех этапах звук локализируется сначала снизу, и лишь позднее сверху.

**б) Стадии слухового восприятия.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст** | **Реакции – поведение** |
| **От 0 до 14 дней** | Новорожденный пугается внезапного громкого звука. Новорожденный зажмуривается при внезапном громком звуке. Младенец прекращает кричать, если мать начинает с ним говорить. Младенец двигается во сне, если слышит поблизости звуки. Младенец прекращает издавать сосательные звуки, когда слышит шум или если мать начинает с ним говорить.  |
| **1 месяц** | Младенец меняет свое поведение из-за громкого шума. Ребенок успокаивается, когда его утешает мать. Первые дифференции голосов. |
| **2 месяца** | Младенец прислушивается к звучанию маленького колокольчика. Младенец ищет глазами источник неизвестного ему звука. |
| **4-6 месяцев** | Ребенок может локализировать боковой звук, направленный вниз (с 5-ти месяцев). Младенец прислушивается к тонам разного диапазона. Ребенок перестает плакать, услышав музыку. |
| **7-9 месяцев** | Ребенок реагирует на свое имя. Ребенок сознательно локализирует звук, поступающий сбоку и сверху. Ребенок наблюдает, когда разговаривают взрослые. Ребенок слышит тикание часов (с 9-ти месяцев). |
| **С 10-ти месяцев** | Ребенок прекращает кричать, когда с ним разговаривает мать. Ребенок узнает голос матери. Ребенок просыпается, если рядом с кроваткой становится шумно. Ребенок просыпается, когда касаются его кроватки. |
| **10 месяцев –** **1 год** | Ребенок понимает слово „нет“ (с 10-ти месяцев). Ребенок прислушивается к тихому звучанию песни с дистанции в 1 метр и ищет источник поступления звука. Голосовые реакции, когда ребенок слышит музыку. Ребенок реагирует, когда тихо произносится его имя. |
| **2.5-6 месяцев** | Ребенок смотрит по направлению говорящего. Ребенок проявляет радость, когда слышит музыку. Ребенок перестает двигаться, когда слышит что-то ему интересное. Ребенок знает свое имя, когда его зовут. Ребенок делает ищущие движения, когда слышит звук. Ребенок слышит погремушку, когда лежит на животике. |
| **18-36 месяцев** | Ребенок различает между нормальной и раздраженной речью. Ребенок понимает значения „здесь“, „Смотри!“, „Слушай!“. Ребенок показывает на людей и объекты, с которыми он имеет дело. (от 3 до 5) Ребенок понимает „вверх“, „вниз“, „внутри“, „снаружи“. |

**В. Другие анализаторы.**

Обоняние, вкус и осязание не были изучены так подробно, как зрение и слух. Осязание развито у младенцев очень сильно. Однако вкусовые ощущения у младенца не совершенны, хотя известно, что они присутствуют в примитивной форме. Обоняние работает немного лучше, чем вкус, особенно если ребенок привык к запаху. Вкус и обоняние улучшаются в первые месяцы жизни, затем они развиваются на протяжении всего первого года жизни далее.

**Сигналы тревоги относительно потери слуха.**

**С рождения до 3-го месяца жизни:**

* Отсутствие реакции на громкие шумы и звуки.
* Ребенок не просыпается от громких звуков и голосов.
* Отсутствие реакции на голос.
* При утешении его голосом не успокаивается.
* Он не улыбается, когда с ним заговаривают.

**Между 3-м и 6-м месяцев жизни:**

* Не поворачивает голову и не смотрит в ту сторону, откуда поступает звук.
* Не проявляет интереса к музыкальным и шумовым игрушкам.
* Не вокализирует, чтобы привлечь к себе внимание.
* Не пугается громкого голоса.

**От 6-ти до 12-ти месяцев:**

* Не реагирует ни на свое имя, ни на голоса других людей.
* Не лепечет, даже если занят сам с собой.
* Не пытается имитировать звуки взрослых.
* Не способен локализировать звуки повседневной жизни или голоса членов семьи.
* Не понимает запрет или прощание, если не используются соответствующие жесты.

**Между 12-м и 18-м месяцами жизни:**

* Не выполняет простые поручения.
* Не использует регулярно слова, которые знает.
* Словарный запас меньше 10-15 слов.
* Не говорит „мама“ или „папа“.
* Не показывает на известные ему предметы и людей, когда они называются.
* Не называет известные предметы.

**От 18 до 24 месяцев:**

* Не понимает простые вопросы и не может ответить „да“ или „нет“.
* Не понимает простых предложений.
* Не показывает на картинки, когда его спрашивают.
* Не проявляет интереса к рассказам.
* Не понимает простых поручений, когда не используются жесты.
* Не отзывается на свое имя.
* Не умеет составлять двусложные предложения.
* Не знает названий частей тела.

**От 24 до 36 месяцев:**

* Ребенок не понимает слов „не сейчас“ и „нет“.
* Не может выбрать предметы по размеру „маленький“ – „большой“.
* Не понимает большинство глаголов, обозначающих действия.
* Говорит слова неразборчиво.
* Не повторяет предложений.
* Не отвечает на простые вопросы.

**Глава 4. Коммуникация и развитие речи.**

**Цели обучения:**

* знать основы речевого развития ребенка от 0 до 3 лет;
* знать признаки для тревоги в коммуникативном развитии.

* 1. **Довербальное развитие речи.**

Для того чтобы освоить и развить речь, ребенок должен иметь контакт и отношения с людьми в своей окружающей среде. Основную роль при этом уделяется матери ребенка.

Довербальное развитие речи подразделяется на несколько этапов.

**а) От рождения**

На этом этапе целью отношений между матерью и ребенком является регулирование биологических аспектов, жизненно необходимых для младенца. Первые месяцы являются для родителей достаточно сложными: они должны полностью приспособить свой стиль жизни к потребностям и ритму своего ребенка. Такие контакты при выполнении этих регулярных действий чрезвычайно важны как со стороны родителей, так и со стороны других участников воспитательного процесса, так как они представляют первые шаги социализации ребенка: с ребенком говорят, когда его кормят, купают, пеленают и т.д.

**б) От двух до пяти месяцев.**

 По утверждению некоторых авторов, в возрасте около двух месяцев младенцы уже открывают своих социальных спутников. В течение следующих месяцев они показывают особый интерес во взаимодействии с другими людьми, особенно с родителями, братьями и сестрами, другими лицами, принимающими участие в уходе за ребенком. Сначала роль ребенка пассивна, так как он полностью зависит от того, что делает взрослый. Ребенок только смотрит, улыбается, иногда лепечет. Поэтому этот вид интеракции происходит только благодаря вкладу взрослого. Первые интеракции следуют четким правилам; язык взрослого отличается характерными особенностями: медленный темп, мягкая интонация и много повторов, так чтобы ребенок не терялся и мог следовать за вербальными и жестовыми высказываниями взрослого. Коммуникация протекает не только вербально, но включает в себя и осязательные контакты. Если ребенок не реагирует, взрослые стараются так настроить диалог, чтобы ребенок подключился. К концу этого периода интеракции „лицом к лицу“ становятся все более симметричными. Ребенок все больше принимает участие в коммуникации и берет инициативу на себя. Дети становятся более автономными, т.е. они становятся активными участниками. Но и в пять месяцев они все еще зависят от взрослых.

**в) С пятого по восьмой месяц.**

Примерно с 5-месячного возраста дети начинают интересоваться миром объектов. Они с удовольствием исследуют мир, рассматривая и хватаясь за предметы. Взрослые видят, как у ребенка развивается интерес к предметам. Лучший способ взаимодействия с ребенком в этом возрасте – это помогать ему взаимодействовать с миром объектов. Во время этого этапа мать и ребенок начинают совместно использовать предметы из реального мира: они играют с мячом, с мягкими игрушками, с большими и мягкими предметами, например, цветными кубиками. На начальном этапе взрослый берет предмет в руки и манипулирует с ним, чтобы установить контакт с ребенком. Потом, чтобы обратить внимание на предмет, он начинает использовать указующие жесты и, наконец, взрослый называет такие предметы вслух.

**г) С восьми до восемнадцати месяцев.**

Значительные преобразования в поведении ребенка происходят в возрасте между восьмым и восемнадцатым месяцами жизни. Интеракции между ребенком и взрослыми становятся более симметричными. Ребенок уже в состоянии комбинировать информацию, полученную им в течение первых двух этапов. Это означает, что ребенок может говорить со взрослым о известном ему из его мира. Он уже действует более независимо и сам инициирует разговор. В этом основная причина того, почему говорится о начале диалога.

Чтобы вести диалог, необходимы два момента:

* Во-первых, ребенок должен понимать, что в диалоге активно участвуют два человека и что говорящие меняются ролями (говорящий –> слушатель). Ребенок знает, что он принимает такое же активное участие, как и взрослый. Иначе говоря, ребенок должен понимать, что речь идет о взаимной интеракции.
* Во-вторых, ребенок должен понимать, что под коммуникацией подразумевается выражение определенного коммуникативного намерения. Ребенок уже знает, что он общается, исходя из определенных мотивов. Конечно, такая ранняя коммуникация очень ограничена из-за бедности языка, которым ребенок владеет в этом возрасте. Лишь на следующем этапе – с освоением символической функции – ребенок сможет вести реальный диалог.

**д) С 18 месяцев до 3-летнего возраста.**

До этого возраста весь коммуникативный обмен в целом может рассматриваться как довербальный, так как ребенок еще не владеем достаточными лингвистическими навыками, чтобы использовать устную речь. С 18-месячного возраста проявляется символическая функция. Это новообразование позволяет ребенку использовать устную речь. С приобретением способности использовать речь ребенок входит в так называемый „разговорный период“. Этот период является важным шагом по достижению симметрии. Однако должно пройти еще очень много времени до того момента, когда эта способность к общению достигнет своей полной функциональности. Действительно, говорить о том, что у ребенка сформировалась способность к коммуникации хорошего качества, можно лишь примерно к 7-семилетнему возрасту ребенка.

* 1. **Речь до 3-летнего возраста**.

Подведем краткое обобщение основных этапов языкового развития, которые проходит ребенок за первые два года жизни.

**а) От рождения до 2 месяцев.**

Уже с рождения дети имеют предрасположенность к восприятию речи. За исключением детей с врожденными нарушениями слуха, дети очень быстро способны дифференцировать различные звуки речи, из которых состоят слова. Они могут дифференцировать слоги, интонацию и т.д. Именно эта способность понимать язык уже в раннем возрасте и дает возможность для быстрого речевого развития ребенка. Дети могут понимать большинство фонем своего языка уже в очень раннем возрасте. Помимо понимания различных звуков, дети очень рано начинают эти звуки воспроизводить. В течение первых двух месяцев дети ограничиваются плачем и криком, иногда постанывают и смеются. Эти звуки еще не соответствуют звукам речи, это только физиологическое воспроизведение звуков. Несмотря на это, они являются первыми звуками, которые воспроизводит ребенок.

**б) От двух до шести месяцев**.

В период с 3-го по шестой месяц появляются новые звуки. Воспроизведение прежних звуков закрепляется и расширяется: новые оттенки крика, бормотание, лепетание, вокализации и т.д. Обычно эти звуки уже являются истинными вокализациями, состоящими в основном из гласных. Они являются первой ступенькой так называемого „лепетания“. На этом этапе видимых отличий между звуковоспроизведением нормально слышащего ребенка и ребенка с нарушенным слухом не наблюдается.

**в) С шестого по десятый месяц.**

С шестого по десятый месяц ребенок начинает лепетать. Под лепетанием понимаются повторы звукосочетаний гласных и согласных звуков в слогах (ма-мама, па-па-па, да-да-да). Это первое лепетание известно под названием „редуплицирующий (удваивающий) лепет“, так как дети просто повторяют один и тот же слог. Это очень важный этап: когда ребенок начинает лепетать, мотивация родителей в интеракции с ребенком значительно повышается. Они имитируют его звуки и озвучивают их с помощью речи, воссоздавая таким образом своеобразный „диалог“. Чтобы быть в состоянии корректно различать звуки речи, ребенок нуждается в слуховой обратной связи. В этом заключается чрезвычайная важность программ по проведению универсального аудиологического скрининга новорожденных. Они позволяют нам выявить нарушение слуха в первые дни жизни ребенка, поставить диагноз в первые три месяца и начать лечение до достижения ребенком 6-месячного возраста.

Первый жест, который начинает использовать ребенок – это указание на предмет. Он появляется примерно в 7-8-месячном возрасте.

**г) С 10-го по 12-й месяц.**

Примерно в годовалом возрасте ребенок начинает понимать многое из того, что говорят ему взрослые. Он понимает простые и короткие предложения. Одновременно дети начинают воспроизводить звуки с простыми интонациями, сопровождаемые обычно простыми жестами, имеющими значение. Ребенок начинает соединять различные слоги (па-да-ба, па-та-ма и т.д.) Этот новый вид лепетания известен под названием „каноническое лепетание“. В этом возрасте дети уже могут использовать жесты, несущие смысловое содержание. Теперь дети уже намеренно показывают на предмет с целью получить его от родителей, если они не могут до него дотянуться. Сейчас ребенок использует некоторые социальные жеста для приветствия и прощания, вытягивает лицо навстречу для поцелуя и т.д.

**д) С 12-го по 18-й месяц.**

Когда ребенку исполняется год, он уже может говорить одно или два слова, хотя его произношение еще не очень корректно. Начиная с этого возраста его вокабуляр увеличивается с прогрессией до 50 слов ежемесячно. Однако ребенок понимает намного больше, чем может произнести. Большая часть этих слов – это имена людей или названия предметов, которые ему знакомы. Среди них есть несколько глаголов. Хотя ребенок уже может произносить некоторые слова, „каноническое лепетание“ сохраняется.

**е) С 18-го по 21-й месяц.**

Этот этап называется также „голофраза“ (отдельное слово, функционирующее как предложение или фраза), так как дети часто используют отдельное слова для целого предложения. На этом этапе у детей с нарушенным слухом может проявиться задержка в развитии. Скорее всего, им потребуется больше времени для усвоения основного лексического запаса, позволяющего им образование двусложных предложений.

**ѐ) С 20-го месяца до 3 лет.**

В возрасте от 21-го месяца до 3 лет дети выходят из стадии „голофразы“ – „словопредложение“ и начинают использовать двусложные предложения, например, „Дай хлеб!“, „Мама, пить!“ и т.д. Вид предложений очень простой и почти всегда состоит из часто употребляемых слов. На этом этапе также происходит рост словарного запаса.

**Базовые критерии для глухих и слабослышащих детей, прошедших раннее слухопротезирование.**

**Раннее слухопротезирование: что можно ожидать?**

Дети, прошедшие кохлеарную имплантацию в возрасте до 2 лет, способны развить удовлетворительные речевые и языковые навыки для того, чтобы в 7-летнем возрасте успешно начать учебу в общеобразовательной школе.

**Сразу после первой настройки**

* Ребенок демонстрирует слуховое восприятие звука по всем частотам
* Ребенок распознает 6 звуков речи: и (пить), -о- (дом), у (уж), с, ш, м.
* Ребенок распознает большое многообразие звуков и шумов окружающей среды.

**Через 0-4 месяца после подключения.**

 Вероятно, этот период можно назвать периодом „вслушивания“. Так как дети еще очень малы, то очень трудно определить, что они действительно понимают.

**Через 4-6 месяцев после подключения**.

* Ребенок идентифицирует слова в известном ему контексте. В основном это существительные и глаголы.
* Он может называть большинство предметов или действий, которые он понимает.
* Ребенок применяет отдельные слова для выражения своих желаний и потребностей.

**Через 1 год после подключения.**

* Ребенок идентифицирует от 75 до 100 слов, состоящих из существительных, глаголов, нескольких прилагательных и предлогов, когда ему показываются картинки или объекты, на которых представлены эти слова.
* Он развивает понимание комбинаций из двух слов повседневного пользования (существительное-существительное, существительное-глагол, глагол-существительное).
* Он воспроизводит некоторые комбинации из двух слов (существительное - существительное „мальчик мяч“, существительное-глагол „мальчик бросает“, глагол-существительное „бросать мяч“).
* Он воспроизводит некоторые комбинации из двух слов в контексте занятия.
* Ребенок использует отдельные слова и некоторые простые фразы и выражения для выражения своих идей и мыслей.

**Через 15-18 месяцев после подключения.**

* Кажется, что происходит всплеск в развитии речи и языка.
* Ребенок усваивает лексический запас за пределами занятий или терапевтического окружения.
* Он спонтанно использует большое количество двусложных словосочетаний. В его словарном запасе более 250 слов. Он понимает простые фразы из 3-4 слов.

**Через 2 года после подключения.**

* Он знает более 500 слов, столько, что их уже трудно сосчитать.
* Он понимает большое количество простых предложений и вопросов. При спонтанном говорении он использует простые предложения, состоящие из 4-6 слов.

**Факторы, влияющие на потенциал ребенка при достижении этих высоких целей:**

* нормальная умственная способность;
* ребенок постоянно носит кохлеарный имплант;
* нет нарушений речевых или артикуляционных навыков.
* соответствующее усиление, хорошо настроенные слуховые аппараты и/или оптимально подобранная индивидуальная программа (MAP) для носителей кохлеарного импланта.

**Глава 5. Личность и развитие эмоциональных аспектов.**

**Основные цели**:

* знать, как развивается социально-эмоциональное взаимодействие (интеракция) ребенка в течение первых лет жизни;
* понимать роль, которую играет личность в развитии социально-эмоционального аспекта.

**5.1. Развитие эмоций.**

Привязанность является очень специфической связью между маленьким ребенком и близкими ему людьми. Формирование привязанности – один из фундаментальных моментов развития в первые два года.

Отношения в семье также меняются, при этом роль родителей остается неизменно важной, как и прежде. Необходимо также принимать во внимание социальное и эмоциональное воздействие, вызванное отсутствием коммуникации по причине нарушения слуха ребенка. Ситуация изоляции и трудности, с которыми сталкивается глухой или слабослышащий ребенок в своем речевом и умственном развитии, могут оказать отрицательное воздействие на процесс социальной интеграции и межличностные отношения, а также на эмоциональное развитие ребенка. Социальное взаимодействие глухого человека может оказаться нарушенным, что скорее всего скажется в школе, так как школа является главной составной частью учебно-воспитательного процесса, который осуществляется благодаря объединенным усилиям нескольких человек.

**5.2. Контакт с другими людьми.**

Важным аспектом звука является его способность вызывать и передавать эмоции. Воспринимая и отличая различия интонации, громкости, темпа и других особенностей речи, ребенок учится различать между нежностью, симпатией, возбуждением или гневом. Простая имитация этих звуков позволяет ему входить в мир коммуникации.

Нарушение слуха создает препятствия при имитации звуков и спонтанном овладении устной речью. Глухой ребенок вряд ли правильно поймет устные объяснения эмоций и чувств других людей. Если ребенок не получает своевременной информации и ему не объясняется причина действий, то это заканчивается тем, что он плохо понимает намерения других людей, происхождение событий и нюансы, связанные с различными понятиями, комплексностью действий и т.д. Поэтому неудивительно, что ребенок с нарушенным слухом чувствует себя неуверенно, чувствителен и эгоцентричен, часто ведет себя импульсивно и не может себя контролировать. В общем и целом, родители перехватывают инициативу, давая указания и ограничивая поле деятельности своего ребенка.

Трудности в объяснении могут оказывать воздействие и на толерантность (терпение) родителей. Глухим детям позволяют большие капризы, к ним менее требовательны при соблюдении ежедневных ритуалов, например, при отправке спать или при выполнении гигиенических процедур. Родители и воспитатели должны осуществлять внешний контроль и научить детей быть более требовательными к себе и уметь принимать маленькие неудачи.

**Глава 6. Развитие восприятия музыки.**

ЧТО МОЖНО ОЖИДАТЬ ОТ ВЛИЯНИЯ МУЗЫКИ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА?

* УЛУЧШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ МЫСЛИТЬ АБСТРАКТНО. РАЗВИТИЕ ПСИХОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ.
* УЛУЧШЕНИЕ ОПОСРЕДОВАННОЙ И НЕОПОСРЕДОВАННОЙ ПАМЯТИ.
* УСТНОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ЧУВСТВ И СЛОЖНЫХ ПОНЯТИЙ.
* ЧЕТКАЯ ТЕНДЕНЦИЯ К СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ.

**6.1 Воздействие музыки в отношении мать-ребенок.**

Результаты экспериментальной психологии свидетельствуют об интересных фактах в пользу укачивания, убаюкивания ребенка и эффективности успокаивания ребенка, взяв его на руки. Вестибулярное стимулирование, вызванное изменением положения, дает больший успокаивающий эффект для малыша, чем просто тактильный контакт (прикосновения, поглаживания и т.д.)

Известно, что ранний диагноз нарушения слуха отражается на отношении между матерью и ребенком. Поэтому при проведении программы раннего вмешательства очень важно уделять особое внимание сохранению обычного образца поведения, поддерживать первый контакт с музыкой в форме стихов, песен и колыбельных, которые приносят малышу такую пользу.

 Часто матери с тревогой говорят о том, что перед тем, как положить ребенка спать, они должны снять ему слуховые аппараты или кохлеарный имплант. Поэтому малыш уже не может их слышать, и они задают себе вопрос, имеет ли смысл петь колыбельные глухому ребенку.

По этому поводу можно сказать следующее: во-первых, не обязательно снимать слуховые аппараты или КИ, когда ребенок засыпает, а во-вторых, даже если они сняты, ребенок будет получать пользу и радость, видя выражение лица матери, ощущая нежность момента, испытывая вестибулярное стимулирование при укачивании и т.д.

**6.2 Психология музыкального развития.**

Этапы развития при овладении различными музыкальными параметрами описаны и подтверждены целым рядом авторов. Они представили последовательность в развитии музыкальных способностей в зависимости от реакции ребенка на различные ситуации восприятия и воспроизведения (творческого или развлекательного) звуков, рассматриваемых как музыкальные.

|  |
| --- |
| **Основные этапы в развитии музыкальных способностей у детей** **от 0 до 6 лет** |
| **Возраст**  |
| 0-1 | Реагирует на звуки. |
| 1-2 | Спонтанно производит музыку. |
| 2-3 | Начинает воспроизводить фразы услышанных песен. |
| 3-4 | Понимает общий план мелодии. Может развить абсолютный слух, если начнет учиться играть на музыкальном инструменте.  |
| 4-5 | Может различать высотный регистр и через имитацию воспроизводить простые ритмы. |
| 5-6 | Понимает „громко“ и „тихо“, может отличать идентичность и разность мелодий или простых ритмов. |

|  |
| --- |
| **Особенности музыкального развития у ребенка младшего дошкольного возраста от 0 до 3 лет**  |
| 8 мес. | Ребенок реагирует на музыку и другие акустические раздражения, изменяя свое положение или свое обычное состояние покоя. |
| 18 мес. | Ребенок ритмично реагирует на музыку всем телом. Спонтанно напевает и поет слоги. Имитирует песни, которые слышит, напевая их „фальшиво“. |
| 2 года | Поет, постукивая и похлопывая, активно двигаясь. Открывает чувство ритма (мозг „открывает“ движения тела в целом: ребенок движется, танцует, проявляет чувство ритма). Явный интерес к музыкальным инструментам. Стимул для пения. |
| 2,5 года | Ребенок отличает музыку от шума. Песни и простые стихи становятся привычными. |

**6.3. Музыка и кохлеарный имплант.**

Ряд исследований в этой области был проведен в г.Торонто в Канаде. Исследуемая группа состояла из 10 имплантированных детей, эта группа сравнивалась с контрольной группой, состоящей из 10 детей без патологии слуха.

Суть исследования состояла в том, что перед детьми ставилась задача определить несколько песен в стиле поп-музыки в трех различных условиях: запись песни в оригинальном исполнении, музыкальное сопровождение без теста (в форме караоке) и мелодия песни, исполненная детям на пианино. Дети с нормальным слухом и дети-носители КИ показали похожие результаты при прослушивании оригинальной версии песен. Однако при воспроизведении версии без текста дети с КИ показали худшие результаты. Еще хуже стали результаты при идентификации мелодии, сыгранной на фортепиано, в то время как дети с нормальным слухом свои показатели сохранили. Во втором исследовании была измерена способность детей различать отдельные тона в тональной последовательности. При монотонной последовательности дети-носители КИ могли различать изменения тона от одного до двух полутонов. Их показатели стали хуже, чем у детей контрольной группы, когда им были представлены тона в различной последовательности, при этом задача детей состояла в том, чтобы определить, были ли два музыкальных ряда равны или различны. В этих условиях детям с КИ было трудно обнаружить изменения полутона. В следующем исследовании детей просили повторить текст известных им песен, как с музыкальным сопровождением, так и без. Дети с КИ повторили корректно 19% слов, а дети из контрольной группы с нормальным слухом – 90% слов. В последней работе исследовалось, могут ли дети с врожденной глухотой и КИ воспроизводить информацию о мелодии и продолжительности звучания песен. В исследовании принимали участие 12 детей-носителей КИ и 6 детей без патологии слуха. Дети с КИ спели ритм песен так же, как и дети с нормальным слухом. Однако тональный спектр мелодии был у них сокращен, образец тональности не соответствовал мелодии предложенных песен.

**Лекция 9. Эффективная инклюзия.**

**Глава 1. Что понимается под инклюзивной практикой?**

* 1. Концепция инклюзии.
	2. Что действительно означает инклюзия?
	3. Основные признаки инклюзивной дошкольной среды.
	4. Как влияние нарушения слуха воспринимается в инклюзивной практике.
	5. Сопоставление „интеграция – инклюзия“.
	6. Европейский подход к инклюзии детей.
	7. Конечная цель инклюзии

**Глава 2. Инклюзивная практика в детских дошкольных учреждениях.**

2.1. Основные принципы.

2.2. Преобразование практики.

2.3. Повседневные приемы и методы, необходимые для развития инклюзии.

* Понимание индивидуальных слуховых потребностей ребенка с нарушением слуха.
* Базовое понимание процесса развития языка и речи.
* Понимание необходимости поддерживать нормальные образцы интеракции.
* Планирование.
* Полноценное и правильное применение техники слухопротезирования.
* Тесное сотрудничество с семьями.
* Тесное сотрудничество с профильными специалистами ‚‚извне‟
* Обеспечение спокойной обстановки для индивидуальной работы/бесед.
* Составление индивидуального плана развития для ребенка с нарушением слуха.

2.4. Роль индивидуального ассистента по развитию.

2.5. Индивидуальные беседы с ребенком.

2.6. Образец индивидуального плана развития.

**Глава 3. Показательный пример для дошкольного инклюзивного воспитания.**

3.1.Показательный пример.

**Глава 4. Контрольный тест-лист.**

4.1. Контрольный инструмент.

4.2. Контрольный тест – насколько инклюзивно Ваше детское дошкольное учреждение?

4.3. Составление плана действий.

4.4. План действий.

**Глава 1 – Что понимается под инклюзивной практикой?**

**Цели обучения:**

* понимать концепцию инклюзии;
* осветить некоторые ключевые темы в связи с инклюзивной практикой для детей с нарушенным слухом;
* понимать различие между „инклюзией‟ и „интеграцией‟;
* разработать рабочее понимание термина инклюзии, которое является базисом для развития высококачественных приемов и методов работы с глухими и слабослышащими детьми.
	1. **Концепция инклюзии.**

Свобода и возможность интеграции в общество является фундаментальным правом человека. Это базис, на котором функционирует гуманное, справедливое и демократическое общество. Инклюзивное общество должно давать возможность каждому члену общества сделать свой выбор по всем аспектам повседневной жизни. Основы инклюзивного общества и развития способностей каждого отдельного члена общества в их использовании закладываются у человека в раннем возрасте. В этом отношении большую ответственность в воспитании детей раннего возраста несут специалисты, поэтому очень важно, чтобы они, направляя детей по правильному пути к инклюзивной жизни, обладали соответствующими знаниями и компетентностью.

* 1. **Что действительно означает инклюзия?**

Об инклюзии говорится часто, но довольно редко этому термину дается правильное определение. Мы предлагаем следующее рабочее определение: Создание систем и процессов, позволяющих каждому человеку полноправно участвовать в жизни общества согласно его выбору, вероисповеданиям и желаниям.

Определение включает в себя не только доступ каждого члена общества к решающим аспектам жизни общества, таким как образование и работа, но также и облегчение такого доступа посредством преобразований парадигм общества, в частности, систем здравоохранения, воспитания и социальной защиты. Другими словами, чтобы внедрить инклюзию в полном смысле этого слова, необходимо выйти из привычной и устоявшейся зоны комфорта и начать активно действовать.

Для эффективной практической инклюзии ребенка в раннем возрасте необходимо избегать восприятия ограничения жизнедеятельности во взаимосвязи с „моделями дефицита“, которые по своей природе не отвечают принципам инклюзии.

Инклюзивная практика означает необходимость рассматривать ребенка в целом, а не выделять его ограничение. Однако, для облегчения инклюзии дети с ограничениями должны поддерживаться и стимулироваться специалистами, обладающими всеми необходимыми знаниями и навыками относительно практических аспектов в обращении с данным ограничением.

**1.3. Основные признаки инклюзивной дошкольной среды.**

Инклюзивные дошкольные учреждения должны предъявлять следующие признаки:

* в распоряжении родителей и сотрудников должно быть четкое объяснение инклюзии в форме программной декларации;
* процессы, обеспечивающие участие всех детей в основных мероприятиях учреждения;
* регулярное проведение собеседований и консультаций с родителями для того, чтобы их мнение учитывалось при организации работы учреждения;
* наличие систем для удовлетворения специальных потребностей отдельных детей, не подвергая их при этом клеймению и выделению;
* проведение регулярных тренингов по практике инклюзии для сотрудников;
* адекватный подбор и адаптация материалов для удовлетворения специальных потребностей отдельно взятого ребенка;
* наличие процессов, обеспечивающих активное участие всех детей в жизни учреждения – одного лишь присутствия на мероприятиях не достаточно – инклюзия подразумевает и требует участия и взаимодействия.

**1.4. Как влияние нарушения слуха воспринимается в инклюзивной практике?**

В основе инклюзивной практики для детей с нарушенным слухом лежат те же самые принципы, что и для их нормально слышащих сверстников. Однако из - за восприятия нарушения слуха родителями и дошкольным учреждением в инклюзии часто возникают барьеры.

Нарушение слуха является основным термином для большого диапазона потерь слуха. Термин „нарушение слуха„ или „глухота„ не должен интерпретироваться как „совсем ничего не слышать„ или „жить в мире тишины„. Благодаря современным технологиям слуховых аппаратов и КИ это может быть очень далеко от истины. Хорошо „поддерживаемый‟ слух может поставлять головному мозгу достаточное количество аудитивной информации для развития нормальных речевых образцов и нормальной интеракции. Поэтому важно, чтобы практикующие специалисты детских дошкольных учреждений избегали стереотипного обращения с такими детьми и не рассматривали различные виды нарушений слуха одинаково. На практике это означает, что каждый отдельный ребенок с нарушением слуха должен рассматриваться в соответствии со своими специфическими потребностями. Конечно же, при этом важно знать, каковы эти специфические потребности. Это включает в себя понимание природы нарушения слуха у ребенка и степени его тяжести, знание его уровня слуха при пользовании слуховыми аппаратами или КИ (т.е. знать, что ребенок слышит при помощи слуховых аппаратов или КИ), знания о лингвистическом и когнитивном уровнях развития, на которых находится ребенок, знания о домашней обстановке в семье ребенка, а также совместную работу с „внешними„ профильными специалистами, например, сурдопедагогами, логопедами, специалистами по КИ-реабилитации.

**1.5. Сопоставление „интеграция – инклюзия“.**

 Во всей Европе вплоть до 70-х годов 20-го века большинство детей и подростков с выраженными ограничениями по слуху обучались в специализированных учреждениях с самого детства – в основном, в специальных школах, при которых часто действовали детские сады, принимавшие детей с очень раннего возраста. Примерно в конце 70-х годов стала развиваться (по крайней мере, в некоторых европейских странах и, прежде всего, в Великобритании) тенденция к интеграции, вследствие которой дети с нарушенным слухом тяжелой степени частично или полностью, интегрировались в общую социальную среду как в дошкольном возрасте, так и во время школьного обучения. Постепенно интеграция развивалась к более радикальной концепции инклюзии.

По существу интеграция означала, что ребенок должен приспосабливаться к уже существующей системе, в то время как инклюзия означает, что система должна подстраиваться под нужды и потребности развития ребенка.

Инклюзия, философия которой базируется на проблематике прав человека, его индивидуальной свободы, возможностей выбора и доступа, имеет гораздо более глубокое воздействие, чем интеграция.

При интеграции могут отсутствовать коренные изменения в практике и образе мышления, что может препятствовать полноценному участию ребенка в жизни детского учреждения. Инклюзия же сосредотачивается на индивидуальных потребностях ребенка, способствуя полноценному участию каждого ребенка во всех активных мероприятиях детского учреждения через соответствующее планирование, дифференцирование и квалифицированную подготовку сотрудников. Относительно нарушений слуха, появление возможности раннего выявления и диагностики, гигантский технологический прогресс в изготовлении и настройке слуховых аппаратов, а также кохлеарная имплантация, значительно повысили возможности инклюзии и обеспечивают детям более высокий уровень развития языка и речи, доступ к общеобразовательному учебному процессу и широкий перспективный выбор жизненного пути.

**Глава 2. Инклюзивная практика в детских дошкольных учреждениях.**

**Цели обучения:**

* понимание специфических факторов, от которых зависит эффективность инклюзии для детей с нарушением слуха;
* понимание роли индивидуальных ассистентов;
* признание необходимости и эффективности коротких индивидуальных бесед с ребенком.

**2.1. Основные принципы.**

Основные принципы и методы инклюзии, которые должны присутствовать в детских дошкольных учреждениях:

* признание факта, что все мы отличаемся друг от друга и индивидуальны;
* активная работа против стереотипизации и гомогенизации нарушений слуха;
* обеспечение персонализации индивидуальных развивающих программ, т.е. составление программ с учетом потребностей отдельно взятого ребенка в рамках совместной активной деятельности и общих целей детского дошкольного учреждения;
* накопление ценного методического опыта для оказания детям поддержки в обучении, развитии и активном участии в жизни детского учреждения;
* все дети должны оцениваться одинаково высоко;
* соответствующая дифференциация стратегий обучения для обеспечения доступа к общему учебному плану, соответствующего возрасту;
* обеспечение постоянной адаптации детского учреждения к потребностям и нуждам ребенка.

**2.2. Преобразование практики.**

За последние 30 лет накопилось огромное количество знаний, опыта и технологий, которые революционизировали практику и могут эффективно использоваться в детских дошкольных учреждениях при условии, если налицо понимание базовых методов менеджмента, представленных в этой работе. Реализация таких проектов может принести превосходные результаты, заключающиеся в том, что люди с ограниченными возможностями по слуху будут иметь возможность реального выбора своего образа жизни и профессии, а также высокий уровень включения (инклюзии) в социальную жизнь всего общества.

**2.3. Повседневные приемы и методы, необходимые для развития инклюзии.**

Инклюзивная практика для детей с нарушением слуха должна содержать следующие ключевые элементы:

1. Понимание индивидуальных слуховых потребностей ребенка, т.е. как ребенок слышит, если он носит слуховые аппараты или КИ.

Важно понимать, что у детей с нарушением слуха есть большие различия в их слуховой ситуации и потребностях. Очень важно НЕ относиться к глухому или слабослышащему ребенку как к неслышащему или живущему в „мире тишины“. Большинство таких детей больше не живут в „беззвучном“ мире. Достижение хорошего уровня слуха посредством слухопротезирования, которое возможно для большинства детей с нарушенным слухом, означает, что, через развитие языка и речи до соответствия его уровню развития своей возрастной группы, у них есть потенциал для получения доступа к общему учебному плану. Поэтому инклюзивная практика должна постоянно оптимизировать слуховое восприятие таких детей.

1. Базовое понимание процесса развития речи и языка, как его усовершенствовать и углублять.

Целью языка и речи является, естественно, возможность осуществления коммуникации, обмен смысловым содержанием, а также когнитивное развитие человека. Это – одна из самых фундаментальных особенностей человека, и каждый ребенок имеет право овладеть хорошим языком и хорошими коммуникативными навыками.

Сейчас уже довольно распространены случаи, когда дети, у которых нарушение слуха было диагностировано в раннем младенчестве, даже страдающие тяжелой степенью потери слуха, но получившие адекватное слухопротезирование слуховыми аппаратам или КИ, поступают в детский сад с практически нормальным уровнем развития языка и речи. У других же развитие языка и речи не соответствует возрасту вследствие того, что диагноз им был поставлен позднее и/или они позднее получили слухопротезирование. У таких детей может наблюдаться задержка речевого развития различной степени. Во всех случаях детское дошкольное учреждение играет ключевую роль в работе с профильными специалистами и семьей для поддержания и стимулирования речевого развития ребенка.

1. Понимание необходимости поддерживать нормальные образцы интеракции.

Это является чрезвычайно важным аспектом педагогической практики. К развитию аномальных образцов взаимодействия может приводить стереотипизация по отношению к нарушению слуха, предотвращение которой является задачей проведения инклюзивной практики. Все сотрудники детского учреждения должны побуждаться к нормальному, непринужденному стилю общения с ребенком с нарушенным слухом. Конечно же, на ребенка нельзя оказывать давление при обучении языку. Ребенка необходимо мотивировать к социальному общению с другими детьми и коммуникативному обмену. Это очень важно и достаточно легко выполнимо, так как маленькие дети не ограничены стандартными стереотипами относительно нарушения слуха и поэтому склонны к спонтанным интеракциям и общению.

4. Планирование, при котором предусматривается адекватная поддержка ребенка для получения им доступа к общему учебному плану, предлагаемого детям.

Чрезвычайно важно не предлагать ребенку с нарушением слуха какие-то „особые“ мероприятия в течение дня и не ограничивать его участие в основных мероприятиях детского сада. Это значит, что нужно поддерживать и облегчать доступ ребенка к обычным играм, участию в театральных представлениях, на занятиях и других мероприятиях. Важной формой, благодаря которой можно облегчить доступ ребенка к общему учебному плану, является оказание ему дополнительной индивидуальной поддержки, при которой с ним заранее проводится работа и рассказывается о предстоящих мероприятиях. Таким образом, ребенок оказывается к ним более подготовленным и в состоянии быстрее включиться в действия группы.

1. Полноценное и правильное использование слуховых аппаратов и другой слуховой техники.

Это тот пункт, важность которого можно подчеркивать постоянно, так как он играет решающую роль в достижении успеха или, наоборот, неудачах с точки зрения инклюзивной практики.

1. Тесное сотрудничество с семьями.

Это чрезвычайно важно. Детские дошкольные учреждения, которые открыты и радушны в отношениях с семьями, конечно же, являются ключом к инклюзивной практике. Целесообразно каждый день находить время для краткого обсуждения с родителями успехов в развитии ребенка и говорить с ними о тех мероприятиях, в которых их ребенок принимал участие. Это может помочь рассеять родительские страхи и сомнения, что очень важно в способствовании инклюзивной практике.

1. Тесное сотрудничество с профильными специалистами „извне“.

Сурдопедагоги/специалисты по абилитации, которые занимаются с ребенком, помогут в предоставлении информации и проконсультируют по многим вопросам, например, как пользоваться техникой слухопротезирования и другими техническими средствами. Совместно с профильными специалистами „извне“ рекомендуется также регулярное составление программы развития ребенка. Это особенно важно с точки зрения общих рекомендаций, советов относительно пользования слуховыми аппаратами/КИ и наблюдения за развитием ребенка. Профильные внештатные специалисты должны обеспечивать детское учреждение подробными заключениями о развитии ребенка и соответствующими рекомендациями. Вероятнее всего, что такая внештатная поддержка будет оказываться и в семье, и внештатные специалисты могут выполнять связующую функцию между домом и детским учреждением. Однако в некоторых регионах такая внешняя поддержка может быть лимитирована или полностью отсутствовать.

Там, где внешняя профессиональная поддержка очень ограничена, рекомендуется вступить в контакт с аудиологической клиникой ребенка, а еще лучше, посетить ее, чтобы получить там рекомендации относительно ношения слуховых аппаратов/КИ, их настроек, здоровья и безопасности ребенка.

1. Составление индивидуального плана развития для ребенка с нарушением слуха.

При правильном составлении он может стать очень полезным инструментом для направления внимания на специфические потребности ребенка. Через каждые полгода план должен обсуждаться между ведущими сотрудниками детского учреждения, родителями и профильными специалистами. План должен содержать информацию о нарушении слуха ребенка и о его общих потребностях, а также цели, которые должны быть достигнуты совместными усилиями детского сада, семьи и профильных специалистов в течение следующих 6 месяцев. После обсуждения плана данные и цели актуализируются. Составление индивидуального плана развития – очень полезный инструмент для того, чтобы обеспечить активное вовлечение всех участников воспитательного процесса и абилитации, включая семью, в разработку перспективного плана развития ребенка и получение оптимальных результатов. Примерный образец такого плана развития дан в конце этой главы, под пунктом.

**2.4. Роль индивидуального ассистента по развитию.**

В идеале, детских дошкольных учреждениях выделяются финансовые средства для того, чтобы прикрепить к ребенку с нарушением слуха индивидуального ассистента по развитию. Это может быть чрезвычайно ценным активом для поддержки понимания у ребенка и облегчения инклюзии.

Такой сотрудник должен:

* вести индивидуальные беседы с ребенком продолжительностью ок.20 минут 1 – 2 раза в день;
* быть ответственным лицом при обеспечении функционирования слуховых аппаратов/КИ и других аудиологических технических средств и правильного их использования по согласованию с профильными специалистами;
* облегчать ребенку доступ к группе и социальным активным действиям, избегая при этом навязчивого подхода. Важно развивать самостоятельность и осторожное равновесие между поддержкой понимания и речевого развития, с одной стороны, и независимостью и нормальным социальным развитием, с другой стороны;
* быть главным контактным лицом для семьи;
* способствовать ведению „Дневника для дома и детского сада“;
* быть главным контактным лицом для внешних профильных специалистов/учреждений.

**2.5. Индивидуальные беседы с ребенком.**

Достаточно трудно точно описать ход таких бесед. Они могут выглядеть так: ребенок отводится в спокойный уголок и там с ним обговаривается или обыгрывается главная тема занятий дня или недели. Это поможет убедиться в том, что ребенок правильно понял содержание и значение события и освоил словарный запас по теме. Во время проведения таких индивидуальных бесед важно создавать эффективные диалоги в соответствии с возрастом ребенка. Беседа – это ключевое слово, необходимо избегать выспрашивать ребенка, заваливать его вопросами или говорить с ним, используя ограниченную или, наоборот, чрезвычайно сложную структуру языка, которая не эффективна при передаче значения.

**2.6. Образец индивидуального плана развития.**

|  |
| --- |
| **Индивидуальный план развития** |
| **Данные о ребенке.** |  |
| Фамилия и имя: |  |
| Дата рождения: |  |
| Уровень слуха без средств слухопротезирования: |  |
| Уровень слуха с СА/КИ: |  |
| Другие технические средства,используемые ребенком: |  |
| Данные о других ограничениях (если они имеют место): |  |
| Факторы, касающиеся ребенка и его семьи: |  |

**Глава 3. Показательный пример для дошкольного инклюзивного воспитания.**

**Цели обучения:**

* рассмотреть показательный пример инклюзивной практики для детей дошкольного возраста в детском дошкольном учреждении;
* определить основные факторы, способствующие эффективному нахождению ребенка с нарушением слуха в детском дошкольном учреждении, придерживающемся инклюзивной практики.
	1. **Показательный пример.**

Нижестоящий текст описывает реальный пример, на основании которого исследуются ключевые аспекты инклюзивного обеспечения ребенка в детском дошкольном учреждении. Речь идет о примере из ‟реальной жизни‟, однако по причинам конфиденциальности имена действующих лиц изменены.

**Детский сад „Солнышко“**

Детский сад „Солнышко“ – независимое детское дошкольное учреждение в городской местности. Это большой детский сад, который рассчитан на 80 детей в возрасте от 2,5 до 5 лет.

Этот детский сад посещает Эмилия, ребенок с нарушением слуха тяжелой степени. Нарушение слуха было диагностировано у Эмилии в возрасте 6 недель, после чего она прошла слухопротезирование и стала носить билатерально цифровые слуховые аппараты большой мощности. В 18-месячном возрасте ей была сделана кохлеарная имплантация.

С момента определения диагноза 1 раз в неделю Эмилию и ее родителей посещал на дому сурдопедагог. В возрасте 2 года и 9 месяцев Эмилия начала посещать детский сад „Солнышко“ – 5 раз в неделю (до обеда). Туда к ней еженедельно приходит ее сурдопедагог, а также время от времени ее посещают там специалисты по абилитации местного Центра кохлеарного импланта.

До поступления Эмилии в детский сад „Солнышко“ у воспитателей не было никакого опыта в работе с детьми с нарушением слуха, но на протяжении многих лет они уже занимались с детьми, имеющими другие ограничения.

КИ обеспечивает Эмилии хороший уровень поддержки слуха, позволяющий ей воспринимать на слух нормальный диапазон звуков речи. Она также начинает пользоваться системой FM. В обстановке детского сада у Эмилии, как и ожидалось, есть трудности при слуховом восприятии на расстоянии или в условиях шумового фона. Сейчас ей 4 года, а развитие речи и языка соответствует у нее развитию ребенка в возрасте от 2 лет 9 месяцев до 3 лет. Однако она делает большие успехи и очень общительна, охотно вступая в диалог.

До поступления Эмилии в детский сад „Солнышко“, ее сурдопедагог провел с сотрудниками детского сада обучение по разъяснению ее потребностей. Это обучение включало в себя практический тренинг по проверке функциональности КИ и системы FM, разъяснения, как инклюзия Эмилии в детский сад может способствовать ее развитию, а также учебные занятия, на которых с помощью видеозаписей объяснялось, как способствовать пониманию и спонтанному развитию речи и языка Эмилии.

При взаимодействии с сурдопедагогом и семьей, для Эмилии был составлен индивидуальный план развития, который пересматривается через каждые полгода. Один из сотрудников детского сада был назначен индивидуальным ассистентом Эмилии, он несет ответственность за взаимодействие с родителями, проверяет функциональность КИ и системы FM, обеспечивает их работу, а также два раз в день проводит с Эмилией короткие, но интенсивные индивидуальные беседы. Кроме того, задачей индивидуального ассистента является ненавязчиво наблюдать за Эмилией и способствовать ее активному участию во всех событиях, происходящих в детском саду, и ее общению с другими детьми.

И хотя первоначально Эмилия несколько скованно шла на сближение с другими детьми, ситуация значительно улучшилась по мере развития ее речевых навыков. Она постоянно носит КИ, а во время групповых занятий, чтении книг вслух и индивидуальных бесед пользуется также системой FM. В детском саду для работы с Эмилией „в спокойной обстановке‟ выделено небольшое помещение с ковровым покрытием и мягкой мебелью для обеспечения хорошей „акустической‟ среды с низкой реверберацией. Для интенсивных индивидуальных бесед „один на один“ – это идеальное место. Все сотрудники детского сада взаимодействуют между собой, чтобы способствовать активному участию Эмилии в жизни детского сада.

Индивидуальный ассистент Эмилии каждый день заполняет „Дневник для дома и детского сада“, в который он включает простые рисунки или фотографии событий дня, а также делает записи для информации родителей. Родители Эмилии делают то же самое дома, и таким образом создают ценный источник, на основании которого взрослые могут говорить с Эмилией о событиях в детском саду и дома. Каждый день, когда родители забирают Эмилию из детского сада, они кратко обмениваются информацией с индивидуальным ассистентом о событиях дня, относительно работы КИ и т.д., и таким образом, семья была полностью в курсе происходящего. Родители Эмилии чувствуют себя все более увереннее в том, что их дочь полностью вовлечена в жизнь детского сада, и что это является превосходной прелюдией для ее инклюзии в общеобразовательную школу, которую Эмилия будет посещать.

**Глава 4. Контрольный тест-лист.**

**Учебные цели:**

* осознать значение проведения контроля для определения эффективности инклюзии;
* уметь использовать инструмент „оперативного‟ контроля;
* ознакомиться с формой плана мероприятий для выявления возможностей оптимизации и усовершенствования инклюзивной практики.

**4.1. Контрольный тест-лист.**

В этой главе содержится простой контрольный тест-лист для оперативной проверки эффективности инклюзии в детском дошкольном учреждении относительно содержания в нем ребенка с нарушением слуха.

Мы рекомендуем Вам в качестве тренировки выполнить проверку своего учреждения на предмет его соответствия для проведения инклюзивной практики на общем собрании сотрудников детского сада, чтобы убедиться, что такой контроль тоже является инклюзивным! Контрольный инструмент представлен в форме анкетного опроса, что дает возможность абсолютно точно выявить области работы, подлежащие усовершенствованию.

**4.2. Инструмент контроля – насколько инклюзивно Ваше детское дошкольное учреждение?**

Пожалуйста, поставьте крестик в той колонке, которая соответствует Вашему ответу. Вопросы предполагают, что Ваше детское дошкольное учреждение посещает ребенок/дети с нарушением слуха.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии инклюзии** | **Да** | **Частично** | **Нет** |
| 1. Располагает ли детское учреждение „Программой по практике инклюзии“? |  |  |  |
| 2. Проходят ли сотрудники тренинги по инклюзивной практике, в частности, по отношению к детям с нарушением слуха? |  |  |  |
| 3. Прошли ли сотрудники начальную подготовку относительно потребностей детей с нарушением слуха? |  |  |  |
| 4. Прикреплен ли один из сотрудников учреждения к ребенку/детям с нарушением слуха для оказания ему поддержки и осуществления связи с семьей? |  |  |  |
| 5. Если да, то прошел ли этот сотрудник квалифицированное обучение по работе с ребенком с нарушением слуха? |  |  |  |
| 6. Знают ли сотрудники учреждения/индивидуальные ассистенты (если назначены), как проверить функцию СА/КИ и систем FM? |  |  |  |
| 7. Знают ли сотрудники, каковы параметры настройки слухового аппарата? |  |  |  |
| 8. Проводится ли проверка слуховых аппаратов/КИ в д/саду как минимум два раза в день? |  |  |  |
| 9. Если используются системы FM, то их функция проверяется как минимум ежедневно? |  |  |  |
| 10. Привлекались ли внештатные специалисты для разъяснения правил пользования слуховыми аппаратами/КИ и системами FM? |  |  |  |
| 11. Согласован ли индивидуальный план развития ребенка с профильными специалистами (напр., сурдопедагогами) и родителями? |  |  |  |
| 12. Индивидуальный план развития ребенка обсуждается регулярно через каждые полгода? |  |  |  |
| 13. Ведется ли „Дневник для дома и д/сада“? |  |  |  |
| 14. Проводятся ли регулярные (напр., еженедельные) встречи с родителями ребенка для обсуждения продвижения его развития? |  |  |  |
| 15. Оба родителя (если они есть) мотивируются к тесному контакту с сотрудниками детского учреждения? |  |  |  |
| 16. Вы детально знакомы с уровнем развития языка и речи ребенка, а также с уровнем его когнитивного развития? |  |  |  |
| 17. Ребенку оказывается содействие для нормального взаимодействия со своими сверстниками? |  |  |  |
| 18. Ребенок принимает активное участие во всех мероприятиях детского сада? |  |  |  |
| 19. С ребенком проводятся регулярные индивидуальные беседы для более полного раскрытия тем и событий в детском саду? |  |  |  |
| 20. В детском учреждении были предприняты соответствующие меры по улучшению акустических условий, например, в „тихом уголке“ или комнате положено ковровое покрытие? |  |  |  |

**4.3. Составление плана действий.**

Для того чтобы оценить результаты теста, подсчитайте количество крестиков в каждой колонке ответов. Если в первой колонке ответов стоит 18 или более крестиков, то это говорит о том, что в детском дошкольном учреждении созданы предпосылки для инклюзивной практики, и работа детского учреждения ориентирована на детские потребности. Если же 18 или более крестиков во второй и третьей колонках, то необходимо серьезно подумать относительно усовершенствования практики инклюзии в данном учреждении. При общем рассмотрении результатов следует иметь в виду, что вопросы 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15 и 19 имеют кардинальное значение, и если на эти вопросы не получен положительный ответ, то польза от других факторов, которые имеют место и отмечены утвердительно, значительно снижена.

**4.4. План действий.**

После проведения контрольного теста очень важно составить план действий по внедрению и усовершенствованию практики инклюзии. Этот план должен быть направлен на реализацию пунктов, выявленных при контроле как отсутствующие или присутствующие частично. Кроме того, план действий должен быть дополнен специфическими мероприятиями, определенными для конкретного ребенка при согласовании с родителями и профильными специалистами (напр., сурдопедагогами). План действий может быть составлен следующим образом:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Действие** | **Как будет осуществляться?** | **Ответственное лицо** | **Срок исполнения** |

Вышеназванные пункты плана дают возможность определить конкретные действия и создать четкое представление, как и в какие сроки они будут реализовываться. Очень важно назначать четкие сроки выполнения действий и осуществлять их безотлагательно. Необходимо показать план действий родителям, поскольку это убедит их в том, что детское учреждение предпринимает активные действия для оказания помощи их ребенку. Кроме того, план действий должен быть также обсужден с профильными специалистами, которые могут добавить к плану действий специфические рекомендации, отвечающие определенным потребностям ребенка, например, в связи с его здоровьем и безопасностью.