

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ
ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «Юурггпу»)

ОРГАНИЗАЦИЯ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ
ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Челябинск
2017

УДК 371.9 (076)

ББК 74.5я7

С 69

Организация психолого-педагогического сопровождения детей дошкольного возраста после кохlearной имплантации в условиях инклюзивного образования [Текст]: методич. рекомендации / сост. *Н.Г. Сошникова*. – Челябинск: Изд-во Юж.-Урал. гос. гуман.-пед. ун-та, 2017. – 35 стр.

В данных методических рекомендациях обобщаются и систематизируются сведения о содержании и сущности кохlearной имплантации, о психолого-педагогической характеристике детей дошкольного возраста с нарушениями слуха, в том числе с кохlearной имплантацией. Характеризуется роль ДОО в психолого-педагогическом сопровождении детей с кохlearной имплантацией в условиях инклюзивного образования. Представлены ведущие направления и условия организации данной работы, конкретные мероприятия и тематика лекций для родительских собраний и семинаров. Приведены требования к организации работы по развитию слухового восприятия с детьми данной категории.

Данные методические рекомендации адресованы специалистам дошкольных образовательных организаций, в том числе педагогам, обучающим и воспитывающим детей с нарушениями слуха, научным работникам, аспирантам, студентам, получающим специальное (дефектологическое) образование, а также всем, кто интересуется вопросами включения в процесс инклюзивного образования детей дошкольного возраста, перенесших операцию кохlearной имплантации.

Рецензенты: Л.А. Дружинина, канд. пед. наук, доцент,
Н.И. Бурова, канд. пед. наук, доцент

© Сошникова Н.Г., 2017

© Издательство Южно-Уральского
государственного педагогического
университета, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ПОНЯТИЕ «КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ» (КИ)	6
2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ С КИ	13
3. РОЛЬ ДОУ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	28
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	40

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с Концепцией дошкольного воспитания на современном этапе развития психологии и педагогики, федеральным законом от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» различные направления воспитания и обучения рассматриваются в единстве как целостный процесс дошкольного образования, основным условием которого является общий подход к организационным формам воспитания и обучения, а также отбору материала. Поэтому при изложении содержания коррекционно-воспитательной работы проблемы воспитания и обучения раскрываются в единстве.

Дети с нарушенным слухом в большинстве случаев имеют особенности социального развития. Поэтому организация психолого-педагогического сопровождения процесса социального развития детей дошкольного возраста с кохлеарной имплантацией в условиях ДОУ комбинированного вида является актуальной.

Правильно организованное психолого-педагогическое сопровождение создает основу для укрепления здоровья детей с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации, развивает их активность, повышает работоспособность, становится базой для успешного проведения воспитательной и коррекционно-образовательной работы.

В настоящее время существуют противоречия по различным теоретическим и практическим вопросам по поводу психолого-педагогического сопровождения детей дошкольного возраста с кохлеарной имплантацией. Достаточный уровень компетенции в проблемах психолого-педагогического сопровождения и обучения детей с нарушениями слуха дошкольного возраста может быть достигнут при условии наличия у будущих специалистов знаний, полученных при изучении медицинских, психологических, общепедагогических материалов.

Данный вопрос рассматривали следующие ученые: В.А. Белущенко, А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Л.Д. Глазырина, Л.А. Головчиц, Ю.Ф.Змановский, В.Т. Кудрявцев, Л.П. Носкова, Н.Д. Шматко и др. [2; 4; 7; 11; 14; 15].

1. ПОНЯТИЕ «КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ» (КИ)

Кохлеарная имплантация – это операция, в процессе которой во внутреннее ухо пациента вводится система электродов, обеспечивающих восприятие звуковой информации посредством электрической стимуляции сохранившихся волокон слухового нерва.

Кохлеарная имплантация (далее КИ) является разновидностью слухопротезирования, однако в отличие от обычного слухового аппарата, который усиливает акустические сигналы, кохлеарный имплант преобразует их в электрические импульсы, стимулирующие слуховой нерв.

Использование кохлеарного импланта основано на том, что при сенсоневральной тугоухости наиболее часто поражены рецепторы улитки (волосковые клетки), в то время как волокна слухового нерва долгое время остаются сохранёнными. Повреждённые волосковые клетки не могут обеспечить преобразование акустического сигнала в электрические импульсы, необходимые для возникновения слуховых ощущений. Эту функцию и выполняет кохлеарный имплант.

Первые операции КИ были проведены более 30 лет назад. При этом использовались простые одноканальные аналоговые устройства, которые, как правило, давали возможность только определить наличие звука и его громкость и не позволяли воспринимать речь. Современные многоканальные кохлеарные

импланты с цифровой обработкой звуковой информации значительно превосходят своих предшественников [8].

Опыт наблюдения за пациентами с кохлеарными имплантами свидетельствует, что результаты КИ зависят от следующих причин:

- возраста потери слуха (врождённая, до овладения или после овладения речью – так называемые долингвальные и постлингвальные пациенты);
- длительности периода между потерей слуха и кохлеарной имплантацией;
- характеристик используемого импланта (способы кодирования речевых сигналов, число электродов и др.);
- индивидуальных особенностей пациента (обучаемость, степень мотивированности к пользованию имплантом и др.);
- организации процесса слухоречевой реабилитации.

Если раньше КИ производилась преимущественно взрослым и детям, потерявшим слух после овладения речью, то в настоящее время значительное число таких пациентов составляют дети с врождённой глухотой.

КИ проводится во всё более раннем возрасте, и уже имеется опыт имплантации у детей в возрасте до года. Известно, что хорошие результаты реабилитации глухих детей могут быть достигнуты и при раннем слухопротезировании обычным слуховым аппаратом с применением адекватных сурдопедагогических методик. Однако кохлеарный имплант обеспечивает принципиально новые возможности слухового восприятия благодаря тому, что даёт возможность услышать те звуковые частоты, которые не могут быть услышаны с помощью обычного слухового аппарата. Это объясняется тем, что слуховой аппарат просто усиливает звуки. Если волосковые клетки погибли, то (обычно

в высокочастотном диапазоне) усиленный слуховым аппаратом звук не может быть воспринят мозгом.

Кохлеарный имплант обеспечивает стимуляцию непосредственно слухового нерва во всём частотном диапазоне. Сегодня большинство специалистов считают, что КИ у детей желательно проводить до 2–3 лет, поскольку звуковая стимуляция, передаваемая имплантом, обеспечивает формирование межнейронных связей в центральных отделах слуховой системы, что необходимо для слухоречевого развития.

Чем в более раннем возрасте производится КИ, тем лучше её результаты. Однако для решения вопросов об операции необходимо быть уверенным в неэффективности использования обычного слухового аппарата у данного ребёнка, что требует в среднем до полугода наблюдения за ребёнком после подбора ему слухового аппарата [13].

Благодаря усовершенствованию кохлеарных имплантов и накоплению опыта по реабилитации пациентов после КИ меняются критерии отбора пациентов. Наличие сопутствующих нарушений (нарушения зрения, ДЦП) является дополнительным показанием для КИ. Есть опыт кохлеарной имплантации у детей с умственной отсталостью. У последних, несмотря на недостаточное развитие импрессивной и экспрессивной речи, КИ, безусловно, улучшает качество жизни благодаря полученной возможности ориентироваться в окружающих звуках. Операции КИ проводятся детям с пограничными потерями слуха (от 75 до 90 дБ), если им не помогает обычный слуховой аппарат.

С другой стороны, многие специалисты значительно осторожнее стали подходить к имплантации долигвально оглохших детей в возрасте от 8 до 15 лет. Языковая компетенция и слуховой опыт у таких детей, как правило, незначительны, а способность мозговых центров к освоению языка и речи значительно

снижена по сравнению со способностью таких центров у детей более младшего возраста. Всё это определяет ограниченные возможности долингвально оглохших детей в возрасте от 8 до 15 лет в развитии понимания речи и формирования собственной устной речи. В этом случае важным является собственное желание ребёнка слышать и жить в мире звуков. Обычно решение об имплантации принимают родители ребёнка, и в этом возрасте трудно понять, хочет ли этого сам ребёнок.

Вся система КИ состоит из двух частей, которые физически друг с другом не связаны: внешней, которую можно в любой момент надеть и снять, и внутренней, в установке которой и состоит задача операции КИ.

Важно отметить, что кохлеарный имплант позволяет вести обычный образ жизни; исключение составляют контактные виды спорта, которые связаны с ударами по голове.

Использование современной микроэлектронной техники позволило в настоящее время разместить речевой процессор в корпусе заушного слухового аппарата в некоторых моделях кохлеарных имплантов. Существенно, что переход к использованию новой модификации речевого процессора в ряде моделей имплантов не требует повторной операции, так как при этом заменяется только его наружная часть.

КИ – это не только хирургическая операция, но и система мероприятий, включающая отбор пациентов, комплексное диагностическое обследование, хирургическую операцию и послеоперационную слухоречевую реабилитацию пациентов. Решение всех этих задач требует согласованной работы различных специалистов, поэтому сегодня во многих странах существуют специальные центры КИ, в том числе и детские [13].

Первый этап КИ – предоперационный период, во время которого с целью определения показаний к операции проводится комплексное диагностическое обследование пациента.

Решение о целесообразности операции КИ для каждого пациента принимается на основании тщательного анализа результатов всех обследований и зависит от многих факторов. Основными критериями отбора пациента на операцию являются:

- наличие двусторонней тугоухости с порогами не менее 90 дБ в зоне речевых частот (от 500 до 4 000 Гц), не поддающейся коррекции обычным слуховым аппаратом;
- возраст пациентов, как правило, старше 2-х лет; максимальный возраст ограничивается только соматическим состоянием пациента;
- глухие пациенты старшего возраста должны пользоваться речью, иметь навыки чтения с губ;
- отсутствие противопоказаний для хирургического вмешательства;
- добровольное согласие на операцию с обязательным последующим обучением (для маленьких детей – согласие родителей).

Наиболее важным этапом КИ является послеоперационная слухоречевая реабилитация, содержание и длительность которой зависят от того, потерял пациент слух до овладения речью или после этого. Главным направлением последующей работы для пациентов является развитие восприятия звуковых сигналов с помощью импланта.

Кохлеарный имплант обеспечивает возможность слышать, но восприятие звуков окружающей среды и понимание речи – это значительно более сложные процессы, которые включают также умение различать сигналы, выделять в них важные при-

знаки, узнавать изолированные слова и слова в слитной речи, понимать смысл высказываний, выделять сигналы из шума и др.

Если ребёнок был глухим до операции, то эти навыки у него или не сформированы, или развиты недостаточно. Поэтому реабилитационные занятия после КИ включают следующие ступени развития способностей восприятия акустической информации:

- обнаружение наличия/отсутствия акустических сигналов;
- обнаружение различий между акустическими сигналами (одинаковые/разные);
- отличие голоса человека от других бытовых сигналов;
- опознавание бытовых сигналов;
- определение различных характеристик звуков (интенсивность, длительность, высота и др.);
- различие и опознавание отдельных звуков речи, надсегментных характеристик речи (интонация, ритм), фонемных признаков (назализованность, твёрдость/мягкость, место артикуляции);
- опознавание изолированных слов, предложений;
- понимание слитной речи;
- понимание речи и распознавание бытовых звуков в условиях помех.

У долингвально оглохших пациентов, кроме того, проводятся занятия по развитию устной речи и языковых навыков. Реабилитация долингвально оглохших пациентов – это длительный и сложный процесс, который занимает от 3 до 5 лет, при этом результаты реабилитации в значительной мере зависят от возраста, в котором произведена операция.

У пациентов с постлингвальной глухотой отдельные этапы слуховой тренировки могут быть очень кратковременными, по-

сколькx наращивание слухового опыта у них активно происходит естественным образом вне занятий.

Реабилитация пациентов с кохлеарными имплантатами – это работа целой команды специалистов, включающей аудиолога, сурдопедагога, логопеда, специального педагога, фонопеда, музыкального педагога, психолога. При КИ детей принципиально важным является также активное участие родителей в этом процессе [8].

Таким образом, кохлеарный имплантат формирует слуховосприятие, которое позволяет детям в какой-то степени понимать разговорную речь и множество окружающих звуков. Было убедительно доказано, что ребёнок с выраженной степенью тугоухости при использовании даже островков слуха с помощью слухового аппарата достигает гораздо больших успехов в приобретении разговорных навыков по сравнению с глухим. Даже минимальный ввод информации с помощью кохлеарного протеза может дать значительный прогресс в освоении языка. Протез передаёт существенную информацию об интенсивности и временных параметрах, благодаря чему ребёнок начинает воспринимать многие элементы речи. Протез обеспечивает гораздо лучшее различение в области низких частот, а также по частотам всего слышимого диапазона. Для ребёнка важно, что звуки, производимые объектами, вызывают его интерес и побуждают к исследовательской деятельности.

2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ С КИ

Наличие нарушения слуха значительно осложняет социальное развитие детей (Л.С. Выготский, Г.Л. Выгодская, Е.И. Исенина, Б.Д. Корсунская и др.). Л.С. Выготский определял последствия отклонений в развитии как «социальный вывих» и считал, что специальное воспитание должно быть подчинено социальному, слиться с ним, быть его составной частью [3].

У нормально развивающегося ребенка усвоение общественного опыта происходит поступательно, по мере физического и органического развития. В качестве примера такого слияния органического и культурного плана развития Л.С. Выготский приводит развитие речи ребенка. На определенной стадии ребенок овладевает языком, если его мозг и речевой аппарат развиваются нормально в благоприятных социальных условиях. Дефект вызывает выпадение отдельных функций, что влечет за собой отклонения в протекании нормального биологического процесса. Так, при нарушении тех или иных анализаторов приток разного рода информации может быть значительно ограничен, что создает необычные условия для жизни.

В результате недостаточного развития речи, меньшего объема знаний, которыми располагает неслышащий ребенок по сравнению со слышащими сверстниками, а также ограниченности и общения с окружающими обнаруживается более замедленный темп становления личности неслышащего.

Это проявляется в относительной узости познавательных интересов, в недостаточной осведомленности о различных областях жизни общества.

Глухие дети сравнительно поздно узнают о своем дефекте. Известно, что маленькие глухие дети не догадываются о роли слухового анализатора в общении с окружающими. Лишь постепенно они осознают значение слуха для познания окружающей действительности, для общения.

Первые признаки осознания своего дефекта и связанные с этим переживания отмечаются в возрасте от 6 до 8 лет. Вместе с тем следует отметить значительные возможности выражения эмоций в мимике и пантомимике, используемых глухими детьми в общении.

В процессе коррекционно-развивающей работы с неслышащими детьми происходит совершенствование понимания эмоциональных состояний и чувств человека [1].

В процессе развития способностей глухих детей обнаруживаются большие индивидуальные различия в уровне и характере развития интеллектуальных способностей, а также в формировании специальных способностей к различным видам конкретной деятельности.

При формировании речевых способностей у глухих детей обнаруживается стремление общаться устной речью, осознание ее значимости для социально-психологической адаптации в мире слышащих.

У детей с нарушением слуха обнаруживаются трудности в формировании движений в связи с нарушением слухового анализатора, которому принадлежит ведущая роль в контроле за точностью, ритмичностью, скоростью движений. Кроме того, замедленность формирования кинестетических восприятий, возникающая в связи с нарушением взаимодействия анализа-

торов (кинестетического, зрительного, слухового), а также нередко обусловленная и поражением вестибулярного аппарата, приводит к трудностям осуществления произвольных действий, лежащих в основе любой деятельности [4].

Речь является, наряду со средством общения, средством углубленного анализа и синтеза действительности, средством организации собственного двигательного поведения.

У глухого ребенка, так же как у слышащего, применительно к каждому возрастному этапу возникает ведущая деятельность, в ходе которой создаются наиболее благоприятные условия для формирования психических процессов и личности ребенка.

В младенческом возрасте у глухого ребенка отмечаются трудности формирования предметных действий. До трех месяцев его взгляд остается плавающим, недостаточно сосредотачивается на предмете. «Комплекс оживления» оказывается неярко выраженным. Только к пяти месяцам глухой ребенок выделяет из окружающих объектов интересующие его предметы, однако не дифференцирует их свойства. Воспринимает лишь те предметы, которые находятся в поле его зрения.

До овладения речью действия с предметами у глухого ребенка носят преимущественно раздражательный характер. В возрасте 1 года у детей с нарушенным слухом наблюдается дефицит движений, недостаточность пространственных представлений.

Развитие предметной деятельности начинается с овладения ребенком схватыванием, развитием тонкой моторики пальцев рук. У глухих детей отмечаются трудности манипулирования мелкими предметами, неуверенность действий с ними, поверхностность интереса к действиям с предметами, отсутствие в предметной деятельности конечного результата.

У глухих детей дошкольного возраста, так же как у слышащих, ведущей деятельностью является игра, хотя предметные действия сохраняют свое значение и на более поздних этапах развития ребенка [6].

В играх глухих детей обнаруживается сходство с играми слышащих. Однако в силу обедненности восприятия мира и речевого общения игры глухих дошкольников дольше задерживаются на уровне предметно-процессуальных, сюжетные игры однообразнее и проще. Преобладают бытовые игры, не полностью отражающие взаимоотношения людей, в них часто проявляется подражание, даже в мелочах, действиям окружающих без достаточного вычленения существенного.

Глухие дети испытывают трудности при игровом замещении предметов, действуя с предметами, предложенными для замещения, в соответствии с их прежним назначением. Задержка в развитии речи, приводящая к отставанию в развитии воображения, мышления, затрудняет создание новых игровых ситуаций. В процессе развития и специального обучения игровая деятельность значительно обогащается, усложняются сюжетно-ролевые игры.

У глухих детей младшего возраста отмечаются определенные особенности осязательного распознавания объемных и плоских предметов: ориентация не на форму предмета, а на его материал, недостаточное внимание к контуру предмета, отнесение предмета к другому кругу объектов. Обнаруживаются трудности словесных обозначений свойств предметов и самих предметов, предъявляемых для осязания. Способы распознавания часто оказываются несовершенными.

Таким образом, с возрастом происходит значительное развитие сенсорно-перцептивной сферы неслышащих детей.

У неслышащих детей обнаруживается сужение круга представлений за счет полного или частичного выпадения слуховых представлений, которые в определенной степени компенсируются в процессе развития вибрационной чувствительности и слухового восприятия.

Обнаруживаются трудности в формировании умения мысленно оперировать образами предметов. Эти трудности объясняются, прежде всего, недостаточным и замедленным развитием речи у глухих детей, которая из-за недостаточной свободы функционирования не может в полной мере произвольно регулировать зрительные образы, их отбор, сличение, удержание.

Глухие дети с трудом овладевают логическими связями и отношениями между явлениями, событиями, поступками людей. Формирование мыслительных операций у детей с нарушением слуха является процессом более длительным и своеобразным, чем у слышащих. Задержка развития у глухих детей абстрагирующей деятельности в определенной мере связана с более поздним развитием у них способности к играм.

В процессе воссоздающего воображения обнаруживаются у неслышащих детей нарушения пространственных отношений между объектами, расположение объектов в рисунках детей относительно друг друга оказывается искаженным, не соответствующим описанию. Прежде всего, это объясняется недоразвитием речи неслышащих детей, неумением перестраивать имеющиеся в своем прошлом опыте представлений в соответствии со словесным описанием [4].

В результате многими детьми в рисунки к текстам вносятся объекты, знакомые по прошлому жизненному опыту, но не соответствующие тексту.

В связи с упрощенным пониманием текстов наблюдаются трудности выделения существенного, главного в изображении ситуации, часто на первый план выступают детали, возникают недостаточно обобщенные образы.

Важными условиями социального развития детей дошкольного возраста с нарушением слуха с КИ является речевая среда. В таких условиях у ребенка после КИ произвольно начинают закладываться зачатки речевого поведения. Он привыкает смотреть в лицо говорящего, пытается понять обращенную к нему речь по ситуации, по настроению говорящего, по его действиям. К людям и их речевым сигналам у ребенка постепенно проявляется эмоционально окрашенное отношение. Возникает сугубо человеческая потребность в установлении речевых контактов (обращение к собеседникам с выражением просьб, желаний доступными методами), в передаче информации. Необходимость действовать с предметами общается обостряет потребность ребенка в общении, усиливает внимание к предметным и речевым действиям, создает условия для подражания. Речевой материал определяется исключительно интересами и потребностями детей и черпается из обиходной жизни. Говорению дети обучаются на основе подражания, а обучение речи проводится на целых словах и фразах [14].

Развитие адекватных слуховых представлений и активное развитие речевого общения направлены на совершенствование использования устной речи как средства общения с окружающими. Речевая активность детей, возникшая у них при коррекционно-педагогической помощи, способствует установлению прочной связи между слуховым и речедвигательным образами. Общаясь со взрослыми, дети начинают активно использовать накопленный к этому времени словарь, начинают обращать

внимание на движения и действия взрослых, начинают понимать значения действий и связывать их со словами. В устной речи детей появляются первые простые фразы. К третьему этапу характерная особенность этих фраз состоит в том, что входящие в них слова употребляются в неизменной форме, например: «мама бобо» (маме больно), «ихать синя» (поедем на машине). В связи с этим необходимо развитие грамматических представлений детей и произносительных навыков.

Принцип коммуникативной направленности доказывает, что без специального обучения даже при высоком развивающем потенциале речевой среды, в которой находятся дети после КИ, успешное овладение устной речью, родным языком для них невозможно. Данный принцип ориентирует на необходимость организации практики речевого общения и выступает как способ овладения социальными навыками. Кроме того, на индивидуальных занятиях, при организации свободной деятельности малышей он предполагает максимальное приближение обучения устной речи к условиям естественного общения.

При этом система работы по формированию и развитию устной речи детей после КИ, побуждая их к общению, актуализирует потребность быть понятым взрослым через использование доступных средств языка. Кроме того, в условиях целенаправленной организации практики речевого общения дети учатся выделять звуки и синтезировать их в слоги, слова и предложения, в чем им помогает кохлеарный имплант.

При таком произвольном запоминании употребления единиц языка формируется языковое чутье, или «чувство языка». По определению Л.И. Божович «чувство языка» возникает произвольно, как побочный продукт деятельности, которая направлена на овладение практикой речевого общения. Рече-

вой опыт глухих детей после КИ, формируемый таким образом, включает, во-первых, практическое владение родным языком; во-вторых, «эмпирические обобщения наблюдений над языком, сделанные его носителем независимо от специальных знаний о языке», что соответствует «чувству языка».

При обучении детей с КИ используется деятельностный принцип, в рамках которого речь рассматривается как деятельность. Использование разнообразных видов деятельности формирует у детей потребность в овладении речью. Наличие мотива является важным условием как для восприятия речи, так и для активного пользования ею в общении. В результате этого овладение речью происходит в условиях постоянно расширяющейся речевой практики, стимулирующей накопление словарного запаса, усвоение фонетических и грамматических норм языка.

Генетический принцип предусматривает необходимость учета общих закономерностей развития речи на этапах онтогенеза. В связи с этим особенности коррекционно-педагогической помощи определяются нами исходя из значимости сензитивного периода речевого развития. На этой же основе осуществляется выбор применяемых методов воздействия, совпадающих с естественными способами стимуляции речевого развития ребенка.

В процессе коррекционного обучения потенциальные возможности развития воображения детей с нарушением слуха после КИ реализуются в значительной степени [8].

Принято различать две основные категории детей с нарушением слуха: глухих и слабослышащих, а среди глухих – рано и позднооглохших. Последние до наступления глухоты уже успели приобрести речь, поэтому в отношении них должна проявляться специальная забота о сохранении имеющейся речи. Беспокоиться об этом следует буквально с самых первых дней

утраты слуха. При наступлении глухоты в возрасте от 3 до 5 лет и при отсутствии специальной работы над речью у ребёнка к школьному возрасту сохраняется лишь небольшой запас искажённых слов.

Принципиальная разница между слабослышащими и глухими заключается в том, что имеющаяся у слабослышащих степень сохранности слуха позволяет им хотя бы в самой минимальной степени самостоятельно обогащать свой словарный запас, тогда как для глухих это полностью исключено.

Однако гораздо большее значение имеет не степень потери слуха, а состояние речи ребёнка, поскольку при одной и той же степени тугоухости возможности речевого общения могут быть различными.

В первые месяцы жизни глухой ребенок мало отличается от детей с сохранным слухом. Он может быть несколько более спокойным, чем слышащие дети, поскольку многие звуки, которые сопровождают жизнь его семьи, и те, которыми изобилует улица, на него воздействуют в малой степени, а у слышащих они нередко вызывают раздражение, испуг, нарушают сон.

Однако со второго-третьего месяца жизни у нормально развивающегося ребенка звуки все в большей степени начинают выполнять роль сигналов, ориентирующих его в обстановке ближайшего окружения. Ребенок слышит приближающиеся шаги матери, ее голос, стук посуды, шум падающих предметов. Он начинает различать голоса окружающих его взрослых и детей, понимать, о каких явлениях свидетельствуют те или иные звуки. Ребенок не только осматривает свое ближайшее окружение, но и ослушивает его (И.М. Соловьев). Звучащие предметы привлекают его внимание, вызывают его активность, желание рассмотреть их получше.

В возрасте около трех месяцев ребенок, не видя мать, а только слыша ее голос, может реагировать на него, обнаружив

вая так называемый комплекс оживления. По мере развития ребенка среди множества окружающих его звуков все большее значение приобретают голоса близких ему людей, их речь. По мере общения с матерью и другими близкими людьми при выполнении каких-либо действий с предметами ребенок начинает понимать отдельные высказывания, многократно повторяемые при нем и ему в одних и тех же ситуациях.

В возрасте 9–10 мес. ребенок понимает отдельные слова и фразы, обращенные к нему. Речевая активность развивается у самого ребенка. В 3–4 мес. он гулит, в 6–7 мес. у него появляется лепет, к 1 году появляются первые сознательно произнесенные слова. На втором году жизни происходит бурное развитие речи, в результате к 1 году 6 мес. или к 2 годам (разные дети в разные сроки) ребенок овладевает простой фразовой речью. В последующие годы происходит усложнение форм высказываний, обогащение и уточнение словаря, усложнение и совершенствование грамматических форм построения предложений, улучшение произношения отдельных звуков речи [4].

Ребенок, глухой от рождения, обычно имеет остатки слуха в диапазоне низких и средних звуковых частот. Это дает ему возможность слышать громкие низкие звуки. В громкой речи он может различить только отдельные гласные звуки и некоторые слоги, отчетливо произносимые. Если взрослые мало заботятся о психическом развитии глухого ребенка, его восприятие окружающего оказывается более бедным, чем у слышащего ребенка, причем не только потому, что он мало воздействий воспринимает слухом, но и потому, что обедняется его зрительное восприятие: его внимание не привлекается звучащими предметами, и он не смотрит на них, т.е. не воспринимает их зрительно.

Комплекс оживления, возникающий на третьем месяце жизни ребенка, может быть достаточно богат своими прояв-

лениями или мало заметен. Это зависит от поведения матери, общающейся с ребенком, и других близких людей. Если они активно выражают радость не только обращенной к ребенку речью, которую он почти не слышит, но и благожелательной мимикой лица, ласковыми жестами, приветливыми движениями рук, всего тела, то ребенок также радостно реагирует на их проявления движениями тела, улыбкой, издаваемыми звуками. Так ведут себя с ребенком родители, которые поняли сами (или им объяснили специалисты-сурдологи), как следует обращаться с глухим ребенком. Если же мать ребенка и другие близкие люди не выражают своей радости при общении с ребенком, то и у ребенка слабо проявляется комплекс оживления.

Глухие дети обычно гуляют в те же сроки, как и слышащие, но постепенно замолкают, и лепет у них не возникает, если взрослые специально его не вызывают.

Для психического развития глухого ребенка на первом году жизни очень важно, как взрослые организуют его знакомство с предметами ближайшего окружения, его постельными вещами и одеждой, посудой, игрушками, а также его действия с этими предметами. Чем богаче и разнообразнее будут действия взрослых с вещами, тем содержательнее будут и ответные или самостоятельные действия ребенка, тем больше будет развиваться не только его моторика, но и процессы познания, предметно-практическая деятельность в целом.

Взрослые, общаясь со слышащим ребенком, обязательно называют предметы и различные движения, оценивают действия ребенка. При правильном воспитании глухого ребенка взрослые должны произносить отдельные слова или слоги близко к уху ребенка, привлекать внимание ребенка к предмету, по нескольку раз показывать простые действия с предметами и добиваться того, чтобы ребенок им подражал [12].

Если глухой ребенок не имеет дополнительных органических повреждений, он начинает ходить в конце первого года жизни или в начале второго (в 10–14 мес.). Он овладевает пространством комнат, их положением относительно друг друга, по-новому знакомится с предметами, находящимися в разных комнатах квартиры.

Затем постепенно он начинает осваивать пространство вблизи своего дома. Ребенок пользуется указательными жестами, обращенными к взрослому, если хочет лучше разглядеть новый предмет; использует жесты, обрисовывающие предметы, и жесты, имитирующие наиболее для него важные действия. Если родители имеют сами нарушение слуха, то они пользуются жестовой речью в общении с ребенком. Тем самым он узнает многие жестовые обозначения отдельных предметов, действий, признаков предметов, некоторых явлений природы, взаимоотношений между людьми.

Психическое развитие глухого ребенка второго и третьего года жизни во многом зависит от того, как строится его жизнедеятельность, как он овладевает умениями самообслуживания (одевание, еда, туалет, умывание и т.п.), какие возможности ему предоставляют взрослые для действия с различными предметами, с игрушками. Чем более самостоятелен ребенок, чем большим количеством бытовых действий он овладевает, чем более разнообразны и содержательны его занятия с игрушками, тем лучше он развивается и физически и психически. На втором, третьем году и в более старшем возрасте очень важно, чтобы ребенок занимался конструктивной деятельностью (создавал различные постройку из различных материалов) и рисованием.

При обеспечении всех необходимых указанных выше условий глухой ребенок к трехлетнему возрасту по развитию предметно-практической деятельности, в которой проявляются

его познавательные и практические умения, может находиться на том же уровне, что и слышащие дети. Однако он очень отличается от слышащих по развитию речи.

Как уже указывалось выше, слышащий ребенок к трем годам владеет достаточно сложной фразовой речью. Глухой ребенок, если воспитывается в среде слышащих, обычно пользуется в общении естественными жестами, произносит несколько лепетных слов, относя их к достаточно широкому кругу предметов и явлений [14].

Только в тех случаях, когда с глухим ребенком с самого раннего детства проводится всесторонняя педагогическая работа специалистами-сурдологами, которая предполагает развитие остатков слуха у ребенка, грамотное использование подходящего слухового аппарата и другой звукоиздающей аппаратуры, формирование комплексного – слухового, зрительного, тактильно-вибрационного – восприятия устной речи и вызывание его собственной речи с помощью системы специальных средств, глухой ребенок к трем годам может овладеть отдельными словами для общения и обозначения предметов и явлений ближайшего окружения (но со значительными неточностями в произношении слов, с ошибками в их звуковом составе).

Развитие психики детей с нарушением слуха в дошкольном возрасте существенно зависит от того, какую сурдопедагогическую помощь они получают. Многие дети с 2–3 лет, а иногда и с 4 лет посещают специальные детские учреждения (ясли-сады, дошкольные группы при школах), где с ними проводятся специальные занятия в форме игр по развитию предметно-практической деятельности (бытовой, конструктивной, изобразительной), речевого и музыкального слуха, разных видов речи, ритмических и физкультурных умений. Реализуемая в настоящее время программа воспитания и обучения детей с наруше-

ниями слуха направлена на их всестороннее психофизическое развитие.

К концу дошкольного возраста, т.е. к 6–7 годам, большая часть глухих детей, находящихся с 2–3 лет в специальных коррекционных детских учреждениях, достигают уровня развития зрительного восприятия, близкого к нормальному. Дети хорошо различают основные цвета предметов, несложные геометрические формы, выделяют размеры предметов. Большие трудности возникают у глухих детей при различении многих цветовых оттенков, так как дети обычно не владеют соответствующими речевыми обозначениями [4].

Особенности развития двигательной сферы обусловлены такими факторами как отсутствие слуха, недостаточное развитие речи, а также функциональное нарушение некоторых физиологических систем.

Из-за отсутствия слухового контроля собственного произношения, звучащая речь глухого ребенка отличается невнятностью и смазанностью. Постановке голоса, исправлению недостатков речевого дыхания, артикуляционной и дыхательной гимнастике уделяется особое внимание в работе по развитию речи. Важным условием словесного обучения является желание и потребность глухого ребенка отказаться от более доступной для него жестовой речи и перейти к устной речи. Устное слово становится ведущим в коррекции последствий дефекта. Ограниченные возможности общения у детей приводят к развитию вторичных невротических и неврозоподобных расстройств и других психопатологических нарушений.

У слабослышащих детей возникают вторичные отклонения психического развития, которые распространяются как на познавательные процессы, так и на эмоционально-волевую сферу личности.

Детей с недостатками слуха нередко ошибочно диагностируют как умственно отсталых. Клиническая картина интеллектуальной недостаточности у глухих и тугоухих детей осложняется за счет эмоционально-волевой незрелости, своеобразного психического инфантилизма, формирующегося вследствие сенсорной и социальной депривации, особенностей семейного воспитания и длительной психической травматизации [1].

Психотравмирующий смысл социальных ситуаций ведет к появлению новых нарушений, имеющих в основном функциональный характер, резко ухудшающих слуховое восприятие и затрудняющих диагностику и реабилитацию таких детей. Проявления расстройств зависят от возраста. У детей дошкольного возраста преобладают капризность, плаксивость, раздражительность, гиперактивность, отказ от еды, страх, боязнь, негативизм.

Таким образом, нарушение слуха вызывает изменения в психическом развитии ребенка – более медленное и протекающее с большим своеобразием развитие речи. Нарушение слуха влечет за собой изменения в развитии всех познавательных процессов ребенка, в формировании его социального развития, волевого поведения, эмоций и чувств, характера и других сторон личности.

Таким образом, на психофизическое и речевое развитие ребенка с нарушением слуха, в том числе и после КИ, оказывают влияние следующие факторы:

- состояние слуха;
- уровень развития речи;
- индивидуальные особенности;
- специально организованное обучение.

3. РОЛЬ ДОО В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Цель психолого-педагогического сопровождения детей дошкольного возраста с КИ в ДОО – научить воспринимать (акустические) звуковые сигналы (неречевые и речевые), понимать их и использовать новые слуховые ощущения для психофизического и речевого развития. Конечной целью можно рассматривать подготовку таких детей к обучению в общеобразовательной среде. В ходе осуществления коррекционно-педагогической помощи в ДОО у детей формируются следующие виды деятельности:

- слушание (аудирование), обеспечивающее восприятие и понимание звучащей речи, а также различение в потоке речи слов, словосочетаний и предложений; понимание информации, предъявляемой на слух в нормальном темпе;

- говорение, содействующее использованию средств языка в устной речи в соответствии с условиями общения; практическое овладение простейшими диалогическими единствами и ведение диалога в ситуациях повседневного и учебного общения; следование в практике речевого общения основным произносительным, лексическим, грамматическим нормам современного русского литературного языка.

Для детей с нарушением слуха овладение социальными нормами поведения и опытом является неотъемлемой частью

коррекционного процесса. Процесс социализации у детей с нарушением слуха значительно осложняется в связи с недоразвитием или отсутствием речи, и, как следствие, нарушение социальных контактов ребенка с окружающим миром. При поступлении ребенка после КИ в ДОО проводятся различные мероприятия, способствующие успешной социальной адаптации в условиях инклюзивного обучения и воспитания:

- психолого-педагогическое обследование ребенка;
- наблюдение за поведением и адаптацией детей в группе;
- наблюдение за взаимодействием со взрослыми и детьми в процессе режимных моментов;
- предварительное анкетирование родителей для выяснения особенностей взаимодействия в семье, а также ее социального статуса;
- беседы с педагогами и воспитателями о том, как ребенок чувствует себя в новой обстановке.

В ходе психолого-педагогического обследования определяется уровень социального, физического, психического, познавательного развития, игровой деятельности, а также огромное внимание уделяется развитию слуха и речи, поскольку именно от них в данном случае будет зависеть, насколько удачно ребенок разовьется в социальном плане. Усилия воспитателей, педагогов, психолога направлены на то, чтобы обогатить социальный опыт ребенка на всех этапах воспитательно-образовательного процесса, развить эмоциональную сферу, обучить основным приемам продуктивного взаимодействия со взрослыми и сверстниками, расширить представления об окружающем мире. Для обеспечения социализации детей с КИ необходима тесная взаимосвязь педаго-

гов с семьей. Родители активно вовлекаются в воспитательно-образовательный процесс, учатся соблюдать единые с педагогами требования к воспитанию ребенка в семье.

В ДОУ дети с КИ приходят с разным уровнем психофизического и речевого развития. Это зависит от того, воспитывают его слышащие родители или неслышащие. Важно отметить, что дети неслышащих родителей приходят более адаптированными, нежели дети слышащих родителей. Однако для социального развития необходимо полноценное общение ребенка с другими детьми и взрослыми. Одной из наиболее распространенных форм общения является речевое общение. И в данном случае дети из семей слышащих находятся в более выигрышном варианте, поскольку они могут дома находиться в такой же речевой среде в отличие от семей неслышащих.

Ведущими направлениями коррекционно-педагогической помощи дошкольников после КИ в ДОУ являются:

- формирование и развитие слухового восприятия;
- формирование и развитие устной речи.

Успешность коррекционно-педагогической помощи ДОУ в процессе психолого-педагогического сопровождения детей с КИ зависит от ряда условий:

- от правильной настройки кохлеарного импланта;
- от условий восприятия звуков, поскольку ребенок с кохлеарным имплантом испытывает трудности при обучении слушать в шумных помещениях; от возможности слушать разные акустические сигналы (неречевые и речевые звуки);
- от организации условий для развития речевых навыков в ситуациях общения (взрослый/ребенок, ребенок ребенок, взрослый/дети);

– от наличия позитивного опыта слухового восприятия и общения;

– от особенностей участия в процессе оказания специальной помощи близких людей, заботящихся о судьбе ребенка, включая родителей, братьев, сестер, бабушки, дедушки, сверстников, сурдопедагогов и др.

Особое значение в психолого-педагогическом сопровождении процесса социального развития детей дошкольного возраста с КИ в условиях ДОО комбинированного вида отводится коррекционной работе. Отсутствие систематического специального обучения, использование только кохлеарного импланта, к какой бы модели он ни относился, не приводит к качественному изменению в состоянии социальных навыков ребенка. Необходимость такого воздействия обусловлена и тем, что по мере использования кохлеарного импланта происходит постепенная адаптация к новым слуховым образам и требуется корректировка настройки программ речевого процессора. Причем существенные изменения в восприятии звуков происходят в первые месяцы после подключения речевого процессора.

На современном этапе развития науки и техники КИ является одним из наиболее эффективных методов социального развития глухих детей, который позволяет абсолютно глухим людям слышать и понимать речь [13].

Но сама по себе КИ не позволяет глухим детям сразу же после подключения речевого процессора различать звуковые сигналы и пользоваться речью в коммуникативных целях. Поэтому после проведения первой настройки процессора кохлеарного импланта ребенок нуждается в педагогической помощи по развитию слухового восприятия и развитию речи. В связи с этим главной целью социального развития маленьких детей

с кохлеарным имплантом является научить ребенка воспринимать, различать, опознавать и распознавать окружающие звуки, понимать их значение и использовать этот опыт для развития речи. Для этого психолого-педагогическое сопровождение процесса социального развития детей дошкольного возраста с КИ в условиях ДОО комбинированного вида включает следующие компоненты:

- развитие слухового восприятия и речи;
- общее развитие ребенка (невербальный интеллект, моторика, память, внимание и т.д.);
- психологическая помощь ребенку и его близким.

Первое включение и настройка речевого процессора у маленьких детей достаточно сложный процесс, поскольку они не могут дать отчета своим ощущениям, даже если имели слуховой опыт. Именно поэтому необходимы специальные педагогические занятия по выработке условно-двигательной реакции на сигнал (например, надевание колец на пирамидку на хлопок, складывание кубиков в кузов машины на удар барабана или бросание пуговиц в коробочку на 'па-па-па-па' и др.).

Всех маленьких детей с КИ можно условно разделить на три группы в зависимости от уровня развития слухового восприятия.

1. Дети, оглохшие в период до овладения речью. К данной категории относятся все врожденно глухие дети с кохлеарными имплантами до 3-х лет.

2. Вторую группу составляют дети, имеющие слуховой опыт и потерявшие слух в период овладения речью, а также часть детей, протезированных в раннем возрасте и эффективно занимавшихся с сурдопедагогами.

Занятия по развитию слухового восприятия у ребенка важно начинать на предоперационном этапе и продолжать после операции (через неделю после снятия швов) до включения речевого процессора. Главной целью занятий на этом этапе является подготовка к включению кохлеарного импланта, т.е. выработка условно-рефлекторной двигательной реакции на звук. В процессе этих занятий ребенок также приучается к систематической работе, у него формируется усидчивость, навык прислушивания.

При развитии слухового восприятия с помощью речевого процессора у маленьких детей используются те же приемы и методы, как и при работе с детьми со слуховыми аппаратами, но результат при этом достигается несравнимо быстрее. У ребенка с КИ необходимо развивать слуховое восприятие по следующим направлениям: обнаружение звука, локализация источника звука в пространстве, различение речевых и неречевых звуков, различение и опознавание различных характеристик звуков, различение и опознавание неречевых звуков окружающей среды, различение, опознавание и распознавание различных речевых сигналов (фоном, слов, фраз).

После первой настройки речевого процессора кохлеарного импланта ребенок способен слышать только очень громкие звуки (при этом он может это никак не проявлять), но постепенно в результате адаптации к новым ощущениям, коррекции настройки, обучения достигается восприятие тихих звуков. И здесь важны наблюдения педагога, который должен оценивать развитие у ребенка способности обнаруживать тихие низкочастотные и высокочастотные звуки. В частности, полезным критерием адекватности настройки является способность ребенка

слышать низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные фонемы или слова.

Дети с КИ быстро обучаются имитировать отдельные звуки речи, слова и даже короткие фразы в процессе занятий. Во всех заданиях по развитию слухового восприятия должны быть две стадии: сначала сигналы предъявляются ребенку слухозрительно, так чтобы он видел действия, вызывающие звук, далее он воспринимает их только на слух.

При развитии слухового восприятия у детей после КИ необходимо соблюдение следующих требований.

– Перед предъявлением сигнала надо обязательно привлечь слуховое и зрительное внимание ребенка.

– В первое время до достижения достаточного уровня настройки процессора КИ дети не слышат тихих звуков, и надо использовать звуки достаточной громкости, чтобы вызвать реакцию.

– У детей увеличен латентный период реакции на звуки, поэтому после подачи звука надо оставить паузу и дать время для ответной реакции; при ее отсутствии повторить сигнал.

– У детей нередко быстрее вырабатывается реакция на время подачи стимула, чем реакция на звук, поэтому при выработке двигательной реакции на звук надо менять длительность интервала между сигналами, иногда пропускать их.

При систематической работе педагогов и родителей слуховые возможности у маленьких детей после КИ развиваются намного быстрее, чем с обычными слуховыми аппаратами. Это особенно характерно для детей, потерявших слух в период овладения речью и имеющих слуховой опыт. Быстрое развитие слухового восприятия резко контрастирует с более медленно развивающейся способностью детей формировать

устойчивые связи между звуковым образом слова и обозначаемым им предметом, явлением (ребенок может повторять разные слова, не осознавая их значения, даже если он знает эти слова).

В течение первого месяца после включения речевого процессора и занятий большинство детей может различать на слух такие качества звука как «один/много», «тихий/громкий», «длинный/короткий», слова, различающиеся числом слогов [13].

Для того чтобы ребенок смог понимать речь, недостаточно научить его обнаруживать, различать, опознавать и распознавать речевые сигналы. Ребенок должен овладеть языковой системой, т.е. овладеть значением множества слов, их звуковым составом, правилами изменения и соединения слов в предложении и правилами использования языковых средств для общения. Целью этих занятий является овладение значением слов и накопление импрессивного словаря. После включения речевого процессора эта работа продолжается с активным вовлечением слухового анализатора. В накоплении словаря ведущая роль принадлежит родителям и в самом начале важно объяснить им значение этой работы для развития понимания речи. В отличие от тугоухих детей с обычными слуховыми аппаратами быстро растущие слуховые возможности ребенка с кохлеарными имплантами в целом позволяют ему воспринимать наиболее тихие части речевых сигналов (окончания слов, приставки, предлоги), которые являются формообразующими элементами и определяют синтаксическую структуру высказывания. Это обеспечивает возможность овладения ребенком правилами морфологии и синтаксиса уже на ранних

этапах работы, что особенно важно при работе с детьми, имеющими слуховой опыт.

Собственная речь маленьких детей на момент проведения КИ в большинстве случаев либо полностью отсутствует, либо представлена неосознанным лепетом. Работа по формированию устной речи после включения речевого процессора ведется на основе быстро развивающегося слухового восприятия, развития представлений об окружающем мире (представлений о различных предметах и явлениях, их свойствах и функциях) и формировании у ребенка способности к голосовым и артикуляторным имитациям. В процессе формирования слухо-зрительного внимания к обращенной речи, узнавания и понимания различных речевых единиц педагог многократно произносит слова, соотнося их с соответствующими предметами.

Постепенно ребенок пытается повторить за педагогом произносимые звуки, начиная с артикуляторно наиболее простых. В первую очередь необходимо сформировать у ребенка необходимость в речевом общении. В процессе обучения используется письмо и чтение (глобальное, послоговое). Результаты развития устной речи у разных детей различны. Однако при условии интенсивной помощи родителей к концу первого курса обучения ребенок начинает активно имитировать просодические характеристики речи окружающих людей.

У большинства детей удается сформировать через 1,5 года с момента проведения операции умение строить высказывание из нескольких слов, экспрессивный словарь ребенка при этом составляет не менее 50 слов. Через 2 года после операции у ребенка формируется связная речь, позволяющая общаться в быту, рассказывать об увиденном, читать стихи, петь песенки.

Это опережает сроки формирования речи у тугоухих детей раннего возраста.

Развитие речи и слуха ребенка напрямую зависит от его психофизического уровня развития. Поэтому с маленькими детьми после КИ необходимо проводить занятия по развитию невербальных функций. Психофизическое и речевое развитие детей после КИ основано на возрастных и программных требованиях массового детского сада и включает развитие:

а) двигательной активности (крупная и мелкая моторика, предметная деятельность);

б) восприятия окружающего мира (представления о свойствах и функциях предметов и их частей, представления о явлениях, пространственных и временных отношениях предметов и явлений);

в) внимания (зрительного, слухового, произвольного, непроизвольного, развитие таких свойств внимания, как объем, устойчивость, распределенность, переключаемость);

г) памяти (слуховой, зрительной, двигательной);

д) воображения;

е) мышления (наглядно-действенного и наглядно-образного мышления с использованием заданий по конструированию, составлению целого из частей, подбору и сортировке объектов в соответствии с размером, цветом, формой, количеством и др., заданий по невербальной классификации, составлении серии сюжетных картинок и пр.);

ж) эмоционально-волевой сферы (формирование умения доводить дело до конца, преодолевать трудности, сдерживать свои желания и считаться с интересами других и др., что необходимо для процесса обучения ребенка).

Слуховое восприятие детей, пользователей кохлеарными имплантами, имеет ряд особенностей:

- пороги слуха соответствуют I степени тугоухости, что затрудняет восприятие и опознавание глухих согласных, различение оппозиционных звуков;
- ребенок испытывает трудности при восприятии речи в шумной обстановке, в условиях реверберации, при общении нескольких людей;
- в связи с тем что КИ проводится обычно на одно ухо, дети плохо локализуют звук в пространстве;
- дети плохо распознают быструю речь, особенно в первый год после операции.

Современные многоканальные кохлеарные импланты обеспечивают достаточно хорошее восприятие речи и звуков окружающей среды. После подключения речевого процессора ребенок начинает приобретать способность воспринимать широкий спектр окружающих неречевых и речевых звуков на достаточном (до 5–6 м) расстоянии, необходимом для обучения. Но овладение языком требует специального обучения, которое строится по основным направлениям: развитие языковой способности, формирование различных видов речевой деятельности, познания языковых закономерностей. В процессе накопления слухоречевого опыта при систематической коррекционно-педагогической работе у ребенка постепенно формируются предпосылки к спонтанному овладению речью, появляется возможность быть интегрированным в общество нормально слышащих людей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Научно-практические исследования подтверждают, что кохлеарный имплантант имеет положительный физиологический эффект. Изучение сенсорной депривации показывает, что если система не подвергается стимуляции, то наступает нарушение её развития вплоть до дегенерации. Но стоит помнить, что данная операция для ребенка большой стресс, т.к. после операции и включения аппарата, ребенок, во-первых, начинает слышать то, чего раньше не слышал, а во-вторых, звуки речи малыш не сразу может отличить от других окружающих его звуков (все звуки воспринимает как шум). Именно по этим и многим другим причинам ребенку требуется пройти курс реабилитации. Безусловно, КИ – это спасение для детей с нарушением слуха и их родителей. Но не стоит забывать, что успешно проведенная операция – это 10% успешности социализации детей, а остальные 90% – это многолетний труд специалистов в области медицины, коррекционной педагогики и специальной психологии.

Таким образом, в настоящее время созданы некоторые теоретические предпосылки организации психолого-педагогического сопровождения детей после КИ в условиях инклюзивного образования, разрабатывается система комплексного диагностического обследования таких детей и система комплексной коррекционно-педагогической помощи детям с нарушением слуха дошкольного возраста после КИ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белова, Н.И. Специальная дошкольная сурдопедагогика / Н.И. Белова. – М.: Норма, 2011. – 359 с.
2. Венгер, А.А. Обучение глухих дошкольников / А.А. Венгер. – М.: Статут, 2013. – 328 с.
3. Выготский, Л.С. Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. – СПб.: СОЮЗ, 2007. – 224 с.
4. Головчиц, Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха / Л.А. Головчиц. – М.: Владос, 2013. – 304 с.
5. Еремина, О.П. Игра в жизни детей с нарушениями слуха / О.П. Еремина. – М.: Просвещение, 2014. – 358 с.
6. Захарова, Ю.В. Играя, учись: пособие для педагогов, работающих с детьми дошкольного возраста с особенностями психофизического развития / Ю.В. Захарова. – М.: Белый Ветер, 2007. – 44 с.
7. Змановский, Ю.Ф. Воспитательно-оздоровительная работа в дошкольных учреждениях / Ю.Ф. Змановский // Дошкольное воспитание. – 2014. – № 9. – С. 23–25.
8. Королева, И.В. Слухоречевая реабилитация глухих детей с кохлеарными имплантами / И.В. Королева. – СПб.: Лемма, 2011. – 90 с.
9. Корсунская, Б.Д. Методика обучения глухих дошкольников / Б.Д. Корсунская. – М.: Просвещение, 2008. – 325 с.
10. Кудрявцев, В.Т. Психолого-педагогические принципы развивающей оздоровительной работы с дошкольниками

с нарушением слуха / В.Т. Кудрявцев // Начальная школа. – 2012. – № 7. – С. 3–8.

11. Носкова, Л.П. Методика развития речи дошкольников с нарушениями слуха / Л.П. Носкова. – М.: Владос, 2012. – 344 с.

12. Пельмская, Т.В. Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом / Т.В. Пельмская. – М.: ВЛАДОС, 2014. – 224 с.

13. Таварткиладзе, Г.А. Кохлеарная имплантация / Г.А. Таварткиладзе. – М.: Норма, 2012. – 150 с.

14. Шматко, Н.Д. Если малыш не слышит / Н.Д. Шматко. – М.: Норма, 2011. – 378 с.

15. Шматко, Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение / Н.Д. Шматко // Дефектология. – 2009. – № 2. – С. 17–21.

Учебное издание

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ
КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Составитель Н.Г. Сошникова

Работа рекомендована РИСом ЮУрГГПУ
Протокол №14, 2017 г.

Издательство ЮУрГГПУ
454080, г. Челябинск, пр. Ленина, 69
Редактор Л.Н. Корнилова
Технический редактор Н.А. Усова

Подписано в печать 10.07.2017
Объём 1,5 уч.-изд. л. Формат 60x84/16
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии ЮУрГГПУ
454080, г. Челябинск, пр. Ленина, 69