

Т. А. Соколовская,
Россия, Барнаул

T. A. Sokolovskaya
Russia, Barnaul

**ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ
КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**FEATURES OF CHILDREN'S
SPEECH AFTER
COCHLEAR IMPLANTATION**

Аннотация. Представлены данные об особенностях речевого развития детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации. Основными моментами статьи являются следующие: важность работы по восприятию речи, роль семьи в процессе реабилитации и учет индивидуальных особенностей каждого ребенка с кохлеарным имплантом.

Abstract. A detailed description of specific speech progress, achieved by the children after cochlear implantation during the pre-school educational period is presented. The main points of the article are the following: the importance of speech perception work, the role of a family in the process of rehabilitation and taking into account individual features of every cochlear implant child.

Ключевые слова: речевое развитие; дети после кохлеарной имплантации; работа по восприятию речи; реабилитация.

Key words: speech progress; children after cochlear implantation; speech perception work; rehabilitation.

Сведения об авторе: Соколовская Татьяна Александровна

About the author: Sokolovskaya Tatiana Aleksandrovna.

Место работы: старший преподаватель кафедры специальной педагогики и психологии Алтайской государственной педагогической академии, г. Барнаул.

Place of employment: Senior Lecturer of the Chair of Special Education and Psychology, Altai State Pedagogical Academy, Barnaul.

Контактная информация: e-mail: agpa-spip@mail.ru

Одним из существенных критериев роли слуха в общем развитии детей, по мнению Р. М. Боскис, является самостоятельность в овладении речью. У детей с нормальным слухом этот процесс проходит самопроизвольно, у детей с нарушенным слухом – в результате специального обучения, т. к. последние не способны самостоятельно использовать остаточный слух для накопления словарного запаса, для овладения речью [1].

Недостаточное развитие речи и плохое владение ею мешает, в свою очередь, ее восприятию на

слух даже с помощью звукоусиливающей аппаратуры, затрудняет ее понимание, осмысление и передачу информации в процессе общения хотя бы в элементарной форме. Отсюда недостаточно развитая речь или ее отсутствие является препятствием для обучения, т. к. усвоение содержания обучения тесно связано со словесным оформлением и осмыслением речи. Речь, недоступная детям без специального обучения, влияет на их умственное, нравственное развитие, на овладение различными видами деятельности (познавательной, трудовой, игровой,

художественной и т. д.). Речь и умственная деятельность – ведущие условия в ориентировании человека в жизни. Умственная деятельность отображается в речи, предвосхищает процесс и результат практической материальной деятельности. Отсюда на успешность обучения оказывает влияние развитие речи и невозможность ее осмысления вследствие недоразвития.

Процесс обучения связан с общением. У детей с остаточным и сниженным слухом процесс речевого общения нарушен. Препятствием к речевому общению являются нарушенный слух и недоразвитие речи. Развитие слухового восприятия является источником накопления словарного запаса, что расширяет возможности речевого общения. Речевое общение, в свою очередь, способствует накоплению словарного запаса, речевому и общему развитию детей [2].

Слухоречевая реабилитация незлышащих и слабослышащих детей на протяжении нескольких десятилетий является одной из ведущих проблем коррекционной педагогики, в частности сурдопедагогики. Данной проблеме посвящены работы многих авторов: Ф. Ф. Рау, Р. М. Боскис, Е. П. Кузьмичевой, Л. В. Неймана, И. Г. Багровой, Л. П. Назаровой, Н. Д. Шматко, Т. В. Пелымской, Л. А. Головчиц, Л. П. Носковой и др.

В последние годы кохлеарная имплантация как высокоэффективный метод реабилитации глухих детей и взрослых все шире внедря-

ется в России (И. В. Королева, О. В. Зонтова, Г. А. Таварткиладзе, Э. И. Миронова, Н. В. Тарасова, А. А. Балякова, А. И. Сатаева, М. Ленхардт и др.). Предполагается, что в идеале конечный результат, а значит и цель кохлеарной имплантации глухого ребенка раннего возраста, состоит в том, что с помощью кохлеарного импланта (КИ) он научится слышать и понимать речь окружающих, говорить сам, использовать речь для общения и познания окружающего мира и благодаря этому будет развиваться как нормально слышащий ребенок. В целом развитие глухого ребенка с КИ сходно с развитием слабослышащих детей, эффективно использующих слуховой аппарат (СА). Но есть и существенные отличия, которые определяют особенности реабилитации детей с КИ [5].

После включения и настройки процессора КИ пороги слуха ребенка составляют 25–40 дБ и, значит, соответствуют 1 степени тугоухости. Каждый специалист знает, как выглядит ребенок с 1-ой степенью тугоухости в младшем возрасте. Практически это нормально развивающийся ребенок, если у него нет дополнительных психоневрологических и специфических речевых (дизартрия, моторная алалия) расстройств. Он хорошо понимает речь в различных ситуациях общения (с учетом возраста), у него развивается фразовая речь, хотя и с небольшой задержкой (также с задержкой появляются первые слова). У него звонкий голос, речь интона-

ционно разнообразная. Нередко нарушение слуха у таких детей не выявляется или выявляется случайно. Большинство из них позднее попадает в логопедические детские сады в связи с нарушением произношения отдельных звуков речи и некоторой ее аграмматичностью, где логопеды даже не подозревают о наличии у ребенка нарушения слуха. Благодаря коррекционной логопедической работе, речь у ребенка нормализуется и он поступает учиться в общеобразовательную школу, которую благополучно заканчивает, испытывая, однако, трудности по русскому языку. И совсем не так выглядит глухой ребенок с КИ в первый месяц использования КИ, хотя у него такие же пороги слуха. По уровню развития понимания речи и собственной речи – он соответствует глухому ребенку [3].

Глухой малыш с КИ неожиданно и практически одновременно начинает слышать разные звуки, но они первое время не несут для него смысла и сливаются в один шумовой поток. Малыш достаточно быстро может научиться связывать звучание отдельных звуков и слов с предметами или действиями, но понять речь не может, потому что слишком мало в его памяти информации о значении слов, правилах их изменения и соединения в предложении. Характерным является и то, что нередко при отсутствии у ребенка реакции на звуки у него отмечается резкое увеличение голосовой активности. Это часто является надежным показателем того,

что малыш начал слышать – он начинает слышать себя и играть со своим голосом, как нормально слышащий новорожденный. После включения процессора КИ требуется 2–3 мес. целенаправленной ежедневной работы родителей по привлечению внимания и вызывания интереса ребенка к окружающим звукам, чтобы такой ребенок начал спонтанно реагировать на разные звуки, узнавать некоторые из них. И вот, начиная с этого момента, речевое развитие глухого ребенка с КИ действительно отличается от такового у глухого ребенка с СА. У ребенка с КИ происходит быстрое спонтанное развитие слуховых навыков, а впоследствии понимание речи и собственной речи, что не характерно для глухих с СА. Под спонтанным развитием речи мы понимаем ситуацию, когда мы не учим ребенка целенаправленно каким-то словам или грамматическим правилам, а он осваивает их сам, слушая речь окружающих. Специалисты хорошо знают, сколько времени надо потратить, чтобы глухой ребенок запомнил какое-то слово или звучание на занятии, но главная сложность состоит в том, чтобы он смог узнавать/слышать их в реальной ситуации [4].

При имплантации ребенка после 2-х лет спонтанный процесс овладения пониманием речи и собственной речью начинается позднее – через 8–12 месяцев. Этот процесс идет также более медленно и зависит от того, насколько у ребенка был развит остаточный слух и произносительные навыки на момент

имплантации, возраста имплантации, участия родителей в развитии ребенка, наличия у него сопутствующих нарушений и др. [6].

По существу, маленький ребенок с врожденной глухотой – это идеальная модель ребенка с сенсорной алалией (а точнее, как пр, потому что ребенок на занятии легко выполняет задание («послушай и положи шарик в коробочку, когда услышишь»), озвученное шепотом на расстоянии 3–5 м. Потом он реагирует на все звуки, но не понимает, но потом повторяет слово, но не узнает обозначаемый им предмет.

Если имплантация проведена после 2-х лет, то после года использования КИ одной из наиболее характерных особенностей восприятия речи у многих детей является плохая долговременная память. Ребенок быстро усваивает новое слово на занятии, но потом оказывается, что он может его повторить, однако показать соответствующую картинку или игрушку не может, не использует это слово в собственной речи. Это проявление непропорционально быстрого развития у детей с КИ слухового анализа звуков и речи как звуковых сигналов и более медленного формирования процессов анализа речи как лингвистических сигналов. В том числе сюда относятся и формирование связи между звуковым образом слова и его значением, что обусловлено нарушением развития слуховых центров коры головного мозга, а также нарушением формирования связей этих центров с соответствующими зрительными и

двигательными центрами. Это определяется тем, что ребенок не слышал первые 12–18 месяцев [5].

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 слухо-зрительно, так чтобы он видел действия, вызывающие звук, далее он их воспринимает только на слух.

При систематической работе педагогов и родителей слуховые возможности у маленьких детей с КИ развиваются намного быстрее, чем с обычными СА. 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) [4].

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 для адекватного использования языковых средств в процессе общения. Цель проводимых занятий на начальном этапе – овладение значением слов, расширение семантиче-

ского поля, 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. Важность семейного общения как средства создания стимулирующей речевой среды невозможно переоценить. В отличие от тугоухих детей с СА, быстро растущие слуховые возможности ребенка с КИ 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, особенно при работе с детьми, имеющими слуховой опыт [3].

Проведенное исследование на базе МБДОУ «Детский сад № 56» г.

Барнаула, целью которого являлось изучение особенностей развития речи детей после кохлеарной имплантации, позволило сделать вывод о возможностях речевого развития дошкольников после КИ. В исследовании принимали участие 20 детей с 4 до 7 лет. Изучение детей проходило в рамках внутреннего эксперимента ДОО в период с 2006 по 2012 год. При изучении уровня речевого развития применялись традиционные методы логопедического обследования. Коррекционная работа проводилась с учетом слуховых и индивидуальных возможностей детей. В исследовании применялись методы анализа литературных источников по проблеме исследования, педагогический эксперимент, метод качественного и количественного анализа полученных результатов.

Результаты обследования речи детей после КИ старшего дошкольного возраста представлены в нижеприведенной таблице.

Таблица 1.

Результаты обследования речи детей с КИ старшего дошкольного возраста

Параметры исследования	Количество детей (в процентах)	Уровень владения
Лексический запас	70%	Выше среднего
Фонематическое восприятие	65%	Выше среднего
Грамматический строй	25%	Низкий
Слоговая структура	50%	Средний
Звукопроизношение	55%	Средний
Связная речь	20%	Низкий

Таблица наглядно представляет характер проблем дошкольников с КИ в речевом плане. Наиболее страдающими в развитии оказались такие стороны речи, как грамматический строй, формирование которого требует длительной специальной коррекции не только в дошкольном, но и в школьном возрасте. Логокоррекция требует и слоговая структура слова. Многие сложные слова дети осваивают после специальной работы. Звукопроизношение, просодическая сторона речи формируются под воздействием развивающегося слухового восприятия, фонематических процессов. Многие звуки при сохранности речевого аппарата и отсутствии патологии ЦНС появляются спонтанно. На определенном этапе речевого развития наблюдается соскальзывание с правильного произношения. Это может объясняться тем, что речевой процессор требует дополнительной настройки, а также длительным отсутствием коррекционного воздействия (вследствие болезни, пропусков и т. д. более 1–2 месяцев). Все это свидетельствует о необходимости систематического логопедического воздействия с момента начала формирования «общепотребительной речи».

В реабилитации ранооглохших детей после кохлеарной имплантации, по мнению И. В. Королевой, следует выделить 4 этапа:

1. Начальный этап развития слухового и слухоречевого восприятия с КИ. Длительность 3–12 недель.

2. Основной период развития слухового и слухоречевого восприятия с КИ. Длительность 6–8 месяцев.

3. Языковой этап развития восприятия речи и собственной речи. Длительность 5 и более лет.

4. Этап развития связной речи и понимания сложных текстов [5].

Первый этап почти исключительно связан с развитием слухового восприятия с КИ, второй – с развитием слухоречевого восприятия наряду с развитием системы родного языка и устной речи. Третий и четвертый этапы связаны только с развитием речи и языка. Если первый этап специфичен для детей с КИ, то последующие 3 этапа в определенной степени согласуются со слуховым и речевым развитием нормально слышащих детей.

Мы имели возможность в силу ограниченного периода времени наблюдать развитие речи детей от первого до третьего этапа реабилитации. Интенсификация работы по речевому развитию в связи с расширившимися слуховыми возможностями позволила подготовить детей к обучению в школах разного вида: 4 выпускника обучаются по программе специальной (коррекционной) школы V вида для детей с тяжелыми нарушениями речи, 1 ребенок обучается в школе общеобразовательного вида, 2 ребенка посещают специальную (коррекционную) школу I–II вида. Кроме того, в настоящее время 2 ребенка с КИ посещают дошкольные учреждения общеразвивающей направ-

ленности, 2 ребенка посещают логопедические группы, 12 детей посещают группу для слабослышащих детей в специальном дошкольном учреждении компенсирующего вида.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает гипотезу о том, что кохлеарная имплантация позволяет детям максимально приблизиться по уровню речевого развития к нормально слышащим детям, имеющим речевые проблемы. Трудности, возникающие в процессе овладения языком, требуют систематического участия специалистов и родителей в проведении реабилитации детей после кохлеарной имплантации.

Кохлеарная имплантация является важнейшим средством социализации глухих детей на современном этапе. Возможность общаться со слышащими детьми, быть социализированным в обществе – это, несомненно, тот итог, которого должны достичь все имплантированные дети при условии благоприятной речевой среды, как в условиях дошкольного учреждения, так и в семье.

Литература

1. Боскис, Р. М. Глухие и слабослышащие дети / Р. М. Боскис. – М., 1963.
2. Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л. П. Носковой. – М., 1993.
3. Жукова, О. С. Логопедическая работа с детьми после кохлеарной имплантации / О. С. Жукова, И. В. Королева // Логопед в детском саду. – 2006. – № 3(12).
4. Зонтова, О. В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации : метод. рекомендации / О. В. Зонтова. – СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 2009.
5. Королева, И. В. Слухоречевая реабилитация глухих детей и взрослых с кохлеарными имплантами / И. В. Королева. – СПб. : СПб НИИ уха, горла, носа и речи, 2007.
6. Королева, И. В. Опыт реабилитации детей младшего возраста с кохлеарными имплантами / И. В. Королева, О. С. Жукова // Современные вопросы аудиологии и ринологии. – М., 2000.
7. Пельмская, Т. В. Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом : метод. пособие для учителей-дефектологов и родителей / Т. В. Пельмская, Н. Д. Шматко // М. : Владос, 2003.
8. Таварткиладзе, Г. А. Современное состояние и тенденции развития кохлеарной имплантации у детей / Г. А. Таварткиладзе // Тезисы XVII съезда оториноларингологов России. – Н. Новгород, 2006.