

«ЗП-реабилитация» детей после кохлеарной имплантации – поворот в развитии сурдопедагогики

**Е.А. Гончарова,
О.И. Кукушкина,**
Институт коррекционной
педагогики РАО, Москва

Ключевые слова:

глухие дети, кохлеарная имплантация, реабилитация, сурдопедагогика, высокотехнологичная медицина, эмоциональное взаимодействие, ЗП-реабилитация.

Статья посвящена подходу к работе сурдопедагога по реабилитации ребенка с тяжелым нарушением слуха после операции кохлеарной имплантации (КИ). Выделены задачи, этапы, принципы этой специализированной помощи. Подчеркивается необходимость вовлечения в процесс реабилитации близких имплантированного ребенка, перестройки взаимодействия ребенка с близкими на новой сенсорной основе, что позволяет «запустить» естественное развитие у ребенка слухового восприятия, коммуникации и речи.

История развития средств слухопротезирования и медицинской помощи при глухоте насчитывает много столетий, и с появлением каждого нового технического устройства возникали надежды на то, что открывающиеся возможности техники окажутся сами по себе достаточными для преодоления глухоты – все надеялись на желанное превращение глухого человека в слышащего. Однако история помощи людям с нарушенным слухом показывает, что развитие техники, технологий и медицины всегда создавало лишь предпосылки к улучшению качества их жизни, определяющими же были достижения в обучении и воспитании. Именно сурдопедагогика научилась вводить глухого ребенка в культуру, обеспечивать его эмоциональное, познавательное, речевое, читательское развитие (Боскис Р.М., Зыков С.А., Корсунская Б.Д., Леонгард Э.И., Зыкова Т.С. и др.). В конце XX в. была предложена система ранней (с первых

месяцев жизни) медико-психолого-педагогической помощи (Пелымская Т.В., Шматко Н.Д.). Авторам системы удалось показать и доказать, что при ослаблении первичного нарушения слуха за счет раннего бинаурального слухопротезирования часть детей может без имплантации при помощи специальных педагогических методов перейти на путь развития слышащего ребенка, однако надежно удавалось это сделать в 23–25 % случаев.

Кохлеарная имплантация (КИ) стала переворотом в преодолении первичного, по терминологии Л.С. Выготского, нарушения слуха, потому что имплантация не ослабляет, а почти полностью устраняет первичное нарушение входя в операцию глухим, ребенок выходит из нее практически слышащим. Означает ли такой прорыв в развитии технологий и медицины, что сурдопедагогика уже не нужна?

Многолетняя история внедрения метода кохлеарной имплантации в

разных странах мира и в России доказала обратное – без психолого-педагогической помощи после операции и подключения процессора кохлеарная имплантация оказывается неэффективной. Специалисты единодушно признают, что психолого-педагогическая реабилитация является неотъемлемым компонентом КИ (Boothroyd A., Geers A.E., Moog J.S., 1991; Dowell R.C., Dawson P.W., Dettman S.J., 1991; Allum J.D., 1996; Арутюнян И.А., 2008; Бахшиян В.В., 2014; Королева И.В., 2002, 2009, 2015; Красильникова О.А., Люкина А.С., 2014; Миронова Э.В., 2000, 2005; Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А., 2003; Таварткиладзе Г.А., 2013 и др.).

Теоретическое объяснение состоит в том, что при помощи высокотехнологичной медицины удается практически полностью устранить первичное нарушение слуха, однако ребенок с КИ родился и прожил часть своей жизни неслышащим, а значит, приобрел вторичные, по терминологии Л.С. Выготского, нарушения развития: он привык общаться с окружающими людьми не так, как слышащий, и окружающие люди привыкли взаимодействовать с ним, как с глухим человеком. Эти особые способы взаимодействия с миром укоренились в поведении глухого ребенка, и возможность их реконструкции находится в компетенции психологов и педагогов, но не в компетенции медицины, какой бы высокотехнологичной она не становилась.

Если это так, то возникает следующий вопрос: следует ли в работе с имплантированным ребенком использовать накопленный сурдопедагогикой опыт? Практика показала, что это неэффективно. И этому тоже есть объяснение. Дети с кохлеарными имплантами – это не те дети, с которыми имела

дело сурдопедагогика на протяжении всей своей истории. Дети с КИ – это не глухие, не слабослышащие, не потерявшие слух дети. Мы утверждаем, что это новая категория детей с нарушенным слухом, а именно: дети с меняющимся функциональным статусом (Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И., 2015). Впервые медицина, сурдопсихология, сурдопедагогика, семья, воспитывающая глухого, имеют дело с ребенком, функциональный статус которого меняется, причем несколько раз.

После успешной операции до момента подключения речевого процессора это все еще ребенок с тяжелым нарушением слуха, его статус определен и известен. На этом этапе он еще может характеризоваться как глухой, с тяжелой тугоухостью, оглохший (сохранивший речь или теряющий ее), с дополнительными нарушениями, поэтому до момента подключения речевого процессора сурдопедагогу достаточно традиционных сурдопедагогических методов и психолого-педагогических классификаций, которые служат ему надежными ориентирами для дифференциации педагогической работы с разными группами детей с нарушенным слухом.

После подключения речевого процессора статус ребенка с КИ впервые меняется – теперь он «уже не глухой, но еще не слышащий». Благодаря КИ ребенок уже способен воспринимать звуки, но, несмотря на это, он продолжает в большинстве случаев вести себя в быту, как глухой человек. Он опирается на умения и навыки, сформированные ранее в условиях глухоты: сохраняют значение зрительные опоры, привычные средства восприятия речи и самой коммуникации – чтение с губ, письменная речь, дактилология, жестовая речь, привычка контролиро-

вать произношение при помощи кинестетических опор и др.

Не успевают, как правило, перестроиться и родители: они радуются проведенной операции, надеются и ждут, что ребенок начнет вести себя, как слышащий, однако продолжают общаться с ним привычными способами и средствами, выработанными в предшествующий период воспитания ребенка, как глухого. Так, родители, как правило, требуют повернуться или сами поворачивают имплантированного ребенка лицом к себе во время разговора, говорят с ним неестественно, утрируя артикуляцию, много раз повторяют сказанное без его просьбы об этом, подкрепляют свою речь жестами, письменной речью, используют дактилологию, контролируют произношение отдельных звуков и т. д.

Представления некоторых сурдопедагогов о том, что глухой ребенок после операции стал просто слабослышащим и потому дальнейшая работа с ним может быть продуктивной в логике коррекционного обучения слабослышащих детей, также несостоятельны. У нас есть все основания утверждать, что ребенок с КИ может больше – он может перейти на *путь развития слышащего*, но для этого нужна другая работа специалистов психолого-педагогического профиля и семьи – не коррекция, а «запуск» естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи в естественной коммуникации ребенка с КИ, как это происходит у слышащего ребенка раннего возраста. Без такой работы ребенок с КИ задерживается, как показали исследования и опыт, на долгие годы в статусе «уже не глухой – еще не слышащий», так как успешная операция и подключение речевого процессора хотя и приведут к

почти полному устранению первичного нарушения слуха, но сложившиеся в период глухоты вторичные нарушения развития сохраняются, они не могут в одночасье исчезнуть оттого, что включился имплант.

Такое понимание проблемы сложилось не сразу. Исторически первым в России начал использоваться на практике подход, получивший название «слухоречевой реабилитации» (Королева И.В., 2009). Из самого названия подхода – «слухоречевая реабилитация» – следует его нацеленность на развитие и коррекцию недостатков слуха и речи. Для реализации этой генеральной установки авторы предлагают широкий спектр как западных методик (Archbold S., 2003; Archbold S.M., Nikolopoulos T.P., Lutman M.E., & O'Donoghue G.M., 2002; Clark Graeme, 2013; Edwards L.C., 2007; W Estabrooks, 2007 и др.), в том числе переводных технологий австрийской фирмы Med-el (Allum D.J., Allum J.H.J., Baumgartner W., 2003), так и отечественных методик развития слухового восприятия и речи, разработанных для глухих и слабослышащих детей (Леонгард Э.И. 1991; Пелымская Т.В., Шматко Н.Д., 2003 и др.).

В то время как на практике использовалась слухоречевая реабилитация, начались совместные исследования Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования и Института коррекционной педагогики РАО. Их результатом стала разработка принципиально другого подхода к реабилитации детей после КИ, в основе которого лежит другая идея – отказ от коррекции нарушений слуха и речи в пользу «запуска» на новой сенсорной основе естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи, харак-

терного для нормально слышащего ребенка раннего возраста. В результате более чем двух десятилетий междисциплинарных исследований медиков, сурдопсихологов и сурдопедагогов была предложена реабилитация нового типа, получившая название «Три П-реабилитация» (далее «ЗП-реабилитация»).

«ЗП-реабилитация» – это

- перестройка взаимодействия ребенка с КИ с семьей на новой сенсорной основе;
- проживание на новой сенсорной основе тех этапов раннего онтогенеза, что были прожиты ребенком и его семьей в условиях глухоты;
- перевод ребенка с КИ на путь естественного развития, типичного для нормально слышащих детей.

«ЗП-реабилитация» детей с КИ основана на современных представлениях отечественной научной школы специальной психологии и педагогики о раннем онтогенезе, о ведущей роли аффективного взаимодействия с близкими в нормальном психическом раз-

вития ребенка и вытекающем из этих положений новом представлении о точке запуска естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи слышащего ребенка в норме.

Если мы основываемся на представлениях отечественной научной школы культурно-исторической дефектологии о роли эмоционального взаимодействия с близкими в психическом развитии ребенка (Баенская Е.Р., 2016), то должны признать, что точкой запуска и условием развития слухового восприятия являются становление и усложнение эмоционального диалога ребенка первого года жизни с близкими людьми, поскольку потребность использовать слух возникает у слышащего малыша в ходе развивающегося эмоционального взаимодействия с ближайшим окружением.

Показателем становления эмоционального диалога слышащего малыша с близкими является в норме «комплекс оживления», который в современных исследованиях осмысливается как отклик ребенка – его выраженная



Рисунок 1

ориентация и реакции на эмоциональные инициативы взрослого. Ребенок впервые начинает отвечать звуками на голос матери, появляются первая улыбка и первые голосовые реакции в ответ на разговор с ним, он не просто радуется, когда к нему подходят, но проявляет инициативу в общении, начинает его активно требовать, предвосхищает удовольствие от общения с близким, активно «звучит». Рождаясь в ходе эмоционального взаимодействия ребенка с близкими взрослыми, слуховое восприятие включается в становление и развитие «комплекса оживления» – одной из начальных форм эмоционального диалога. Развитие эмоционального диалога и сделает в будущем актуальными задачи локализации и дифференциации неречевых и речевых звучаний, т. е. переход на следующие этапы раннего слухового онтогенеза. Ребенок первого года жизни учится локализовывать звуки тогда и потому, что они приобретают для него смыслы в ситуациях эмоционально значимого взаимодействия с близким взрослым, и тогда появляется переживание общего с ним удовольствия как в непосредственном общении, так и в общем с ним сосредоточении на звучащей игрушке. Далее ребенок начинает различать звучания, и вновь мы хотим подчеркнуть, что это происходит тогда и потому, что звуки связываются с определенными впечатлениями и переживаниями, именно поэтому реакция на звучания непременно содержит эмоциональное отношение ребенка к услышанному: удивление, обиду, грусть, гнев, радость, растерянность и смущение и др.

Итак, опираясь на современные научные представления, мы неизбежно приходим к мысли о том, что точкой запуска развития слухового вос-

приятия слышащего ребенка является становление именно эмоционального диалога малыша с близкими.

Переходя к рассмотрению точки запуска речевого развития слышащего ребенка, подчеркнем, что будем рассматривать речевое развитие в контексте становления эмоционального взаимодействия слышащего малыша с близкими на первом году жизни. Современные психологические исследования культурно-исторической дефектологии доказывают, что речевое развитие слышащего малыша находится в прямой зависимости от становления механизмов аффективной организации поведения ребенка и усложнения характера его эмоционального взаимодействия с близкими (Никольская О.С., 2008).

Самый первый шаг в речевом развитии слышащего малыша соотносится со становлением эмоционального диалога с близким взрослым, складывающимся на первых месяцах жизни, когда младенец активно общается с близкими с помощью *гуканья*, *гуления*, и в этом эмоционально значимом взаимодействии он начинает понимать и повторять интонации матери, выражать свои состояния и впервые воспроизводить фонемы родного языка.

Следующий шаг раннего речевого онтогенеза – появление лепета. Он развивается тогда и потому, что служит эмоционально значимой коммуникацией ребенка с близким, стимулируется участием взрослого и постоянно сопровождает их общие радостные игры. Закрепление за этими повторяющимися ситуациями первых прото-слов («бай-бай», «ку-ку», «бах» и т. п.) становится шагом в речевом развитии малыша, возможным благодаря опоре на уже сложившийся к этому времени

аффективный стереотип взаимодействия со взрослым.

Появление у ребенка первых настоящих слов («мама», «на», «дай» и т. д.), используемых им как просьба, обращение, призыв, указание, также прямо связано с усложнением эмоционального взаимодействия малыша с близкими. Появление слов в эмоционально значимой коммуникации расширяет возможности опосредованного контакта через слово, которое постепенно начинает обозначать уже не только предметы и действия, но и качество происходящего с ребенком («бьяка», «нельзя», «можно», «бо-бо»), что расширяет возможности самого взаимодействия, меняет его качество. Ребенок спонтанно осваивает новые слова в ходе эмоционального взаимодействия с близким взрослым и начинает активно использовать их для удовольствия, для игры, подтверждения, прежде всего, приятной повторяемости действия и ситуации, возможности контроля над ней.

Опираясь на современные научные представления, мы вновь неизбежно приходим к мысли о том, что точкой запуска речевого развития слышащего ребенка является именно становление эмоционального диалога малыша с близкими.

Такое представление о точке запуска естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи слышащего ребенка лежит в основе «ЗП-реабилитации» детей после кохлеарной имплантации и определяет необходимость начинать реабилитацию с запуска эмоционального взаимодействия ребенка с КИ с близкими на новой сенсорной основе, но не с тренировки слуха и упражнений в речи.

Точка запуска может быть иной

только в том случае, если речь идет о постоперационной реабилитации ребенка, внезапно потерявшего слух, но сохранившего эмоциональное взаимодействие с близкими. Как известно, помощь оглохшему ребенку оказывается немедленно, поскольку важно не допустить распада взаимодействия ребенка с близкими, а для этого необходимо любой ценой сохранить коммуникацию. Сурдопедагог помогает «обойти» возникшие из-за потери слуха трудности восприятия речи собеседника, обучая оглохшего ребенка использовать замещающие средства (чтение с губ и письменную речь) и сохраняя его устную речь. Коммуникация осуществляется теперь на неполноценной сенсорной основе, главной опорой становится зрительное восприятие, что, конечно, меняет качество коммуникации, но только таким образом можно сохранить оглохшему ребенку взаимодействие с близкими людьми до операции. После кохлеарной имплантации такому ребенку не придется «запускать» эмоциональное взаимодействие, характерное для первого года жизни, возникает иная задача – восстановление утраченного взаимодействия на полноценной сенсорной основе, поэтому и точка запуска будет иной – это та точка онтогенеза, где произошла потеря слуха и нарушилось взаимодействие с окружением на полноценной сенсорной основе.

Важно рассмотреть и другую ситуацию с внезапно оглохшим ребенком – когда по тем или иным причинам до имплантации не удастся сохранить коммуникацию и эмоциональное взаимодействие с близкими людьми. В этом случае сурдопедагогу придется воспроизвести в ходе реабилитации такого ребенка всю логику раннего нормального онтогенеза – вернуться

«назад» к исходным этапам становления эмоционального взаимодействия с близкими, как это необходимо глухим имплантированным детям в начале реабилитации.

Введенное нами понятие «точка запуска» естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи ребенком с КИ является ключевым для «ЗП-реабилитации», определяет ее основные положения и системные отличия от «слухоречевой реабилитации», а именно:

- цель психолого-педагогической реабилитации после операции КИ-перевод ребенка на путь естественного развития слухового восприятия, коммуникации и речи;

- границы реабилитации ребенка с КИ заданы и определяются достижением поставленной цели;

- генеральный принцип – создание условий для проживания на новой сенсорной основе тех этапов раннего развития, которые были прожиты семьей и ребенком в условиях его глухоты или тяжелой тугоухости, т.е. выраженной сенсорной депривации;

- состав участников реабилитации принципиально расширяется за счет обязательного включения близких взрослых. Она становится семейной реабилитацией – намеренно создаются условия для повторного проживания на новой сенсорной основе не только ребенком, но и его близкими, того этапа становления эмоционального взаимодействия, который был прожит семьей в условиях глухоты ребенка;

- основной метод реабилитации – перестройка взаимодействия ребенка с КИ с семьей на новой сенсорной основе. Перестройка проводится в логике развития слышащего ребенка первого года жизни;

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

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

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

- процесс реабилитации структурируется. Выделяются три основные сессии работы сурдопедагога: запуск эмоционального диалога на новой сенсорной основе, запуск понимания речи в естественной коммуникации, запуск спонтанного развития речи в естественной коммуникации на новой сенсорной основе;

- в ходе реабилитации применяется специально разработанная технология перестройки эмоционального взаимодействия ребенка с КИ с семьей (24 шага), но не методики коррекции нарушений слухового восприятия и речи;

- логика перестройки взаимодействия родителей с ребенком на новой сенсорной основе является общей и воспроизводится в каждой сессии, но

в соответствии с ее ведущими задачами;

- в начале каждой сессии сурдопедагог занимает ведущую и определяющую позицию во взаимодействии с ребенком с КИ и с его родителями;

- в финале каждой сессии ведущую роль во взаимодействии играют родители и ребенок, сурдопедагог не является его участником и занимает позицию наблюдателя;

- педагогические средства перестройки взаимодействия ребенка с семьей на новой сенсорной основе:

- организация эмоционально захватывающих игр с сенсорно яркими, как правило, звучащими игрушками, в ходе которых естественны коммуникативные инициативы и отклики. Удовлетворяющим откликом считается появление у ребенка улыбки, смеха, вокализации, а впоследствии – речевых «высказываний»;

- использование особой речи взрослого в игровом взаимодействии с ребенком – намеренное утрирование ритмико-интонационной стороны речи – мелодичность, напевность, ярко выраженные модуляции голоса, смена громкости голоса (от шепота до нормальной разговорной громкости и выше), охват широкого частотного диапазона, намеренная смена темпа речи с медленного на быстрый и др;

- эмоционально-смысловое комментирование взрослым откликов ребенка на захватывающие игровые действия, его последовательное усложнение от сессии к сессии;

- эмоционально захватывающие игры строятся так, чтобы постепенно понимание речи взрослого и инициативное высказывание становились условием продолжения игрового взаимодействия;

- ориентировка родителей на удо-

вольствие от взаимодействия со своим ребенком, его радостное эмоциональное состояние на реабилитационных занятиях;

- ориентировка родителей на улыбку и смех ребенка как самый ценный отклик в эмоциональном диалоге;

- специальная демонстрация родителям зоны ближайшего развития ребенка с появившихся возможностей его взаимодействия с сурдопедагогом на новой сенсорной основе;

- формирование у родителей умения и привычки замечать и фиксировать в дневниках новые возможности взаимодействия ребенка с окружающими на новой сенсорной основе – инициативы и отклики ребенка в эмоционально значимом для него взаимодействии.

- Ориентирами в оценке промежуточных достижений в реабилитации служат выделенные для каждой реабилитационной сессии показатели изменения коммуникативного поведения ребенка с КИ и его близких.

- Ориентирами для принятия решения о завершении реабилитации и переходе к подбору нового образовательного маршрута ребенка служат выделенные показатели его перехода на путь естественного для слышащего ребенка развития слухового восприятия, коммуникации и речи.

- Все дети с КИ могут быть переведены на путь естественного развития коммуникации и речи вне зависимости от паспортного возраста, срока имплантации, уровня речевого развития до операции.

- После перехода имплантированного ребенка на путь естественного развития коммуникации и речи уровень общего психического развития и степень его приближения к возрастной норме могут быть различными.

- Образовательный маршрут ребенка с КИ, завершившего реабилитацию и перешедшего на путь естественного развития коммуникации и речи, определяется с учетом актуального развития ребенка, зоны ближайшего развития, перспектив дальнейшего сближения с возрастной нормой в различных условиях обучения.

- Ребенку с КИ, прошедшему «ЗП-реабилитацию» и перешедшему на путь естественного развития коммуникации и речи, не рекомендуется ни при каких обстоятельствах обучение и воспитание в среде глухих сверстников.

Как мы видим, «ЗП-реабилитация» отличается от слухоречевой реабилитации по всем позициям: по цели, составу участников, генеральному принципу, содержанию, методам и технологиям, временным рамкам, показателям завершения.

Эффективность «ЗП-реабилитации» доказана многолетней успешной междисциплинарной практикой реабилитации детей после КИ (Сатаева А.И., 2016).

Итак, если вся предшествующая сурдопедагогика работала на *приближение* развития глухого к развитию слышащего, то сурдопедагогика в эпоху кохлеарной имплантации ставит цель не приблизить, а *перевести* глухого ребенка с КИ на путь развития слышащего.

Впервые сурдопедагогика отказывается от традиционной работы по коррекции вторичных нарушений в пользу запуска естественного развития, характерного для слышащего ребенка раннего возраста.

Впервые сурдопедагог работает на занятиях и с ребенком, и с родителями, которые являются субъектами реабилитации. Это семейная реабилитация.

Впервые от специалиста требуется компетентность в перестройке эмоционального взаимодействия ребенка с родителями на новой сенсорной основе, впервые он должен решить эти сложнейшие задачи по отношению к каждому ребенку с КИ вне зависимости от его паспортного возраста и срока имплантации, вне зависимости от уровня речевого развития до операции.

Таким образом, переворот в развитии медицины и технологий потребовал описанного переворота в развитии сурдопедагогике. Это новый и закономерный этап развития отечественной научной школы сурдопедагогике, отившей на вызов времени.

Литература

1. *Таварткиладзе Г.А.* История кохлеарной имплантации / эл. издание. Альманах ИКП РАО. № 30.
2. *Баенская Е.Р.* Аффективное развитие ребенка в норме: первый год жизни / эл. издание. Альманах ИКП РАО. № 24.
3. *Выготский Л.С.* Проблемы дефектологии. М., 1995. 527 с.
4. *Гончарова Е.Л.* Влияние идей Л.С. Выготского на развитие исследований и практики в области специального образования в России // Дефектология. 2014. № 3. С. 3–11.
5. *Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И.* Изменение статуса ребенка в процессе кохлеарной имплантации и реабилитации – новое явление в сурдопедагогике // Дефектология. 2014. № 1. С. 14–16.
6. *Королева И.В.* Кохлеарная имплантация и слухоречевая реабилитация глухих детей и взрослых: учебно-методическое пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению 050700 «Педагогика». СПб., 2009. 186 с.
7. *Корсунская Б.Д.* Воспитание глухого дошкольника в семье. М., 1970. 192 с.

8. *Зыков С.А.* Проблемы сурдопедагогики: избранные труды. М., 1997. 231 с.
9. *Зыкова Т.С.* Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования глухих детей [Текст]: проект / Т.С. Зыкова, М.А. Зыкова, Т.А. Соловьева. М., 2013. 59 с. (Стандарты второго поколения).
10. *Боскис Р.М.* Глухие и слабослышащие дети. М., 2004. 303 с.
11. Основы обучения и воспитания аномальных детей [Текст] / под общ. ред. А.И. Дьячкова. М., 1965. 343 с.
12. *Леонгард Э.И., Самсонова Е.Г.* Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. М., 1991. 319 с.
13. *Люкина А.С.* Развитие коммуникативных умений у младших школьников с кохлеарными имплантами, обучающихся в школе для слабослышащих и позднооглохших: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. СПб., 2016. 24 с.
14. *Малофеев Н.Н.* Кохлеарная имплантация // Дефектология. 2013. № 2. С. 6–15.
15. *Никольская О.С.* Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение [Текст] / О.С. Никольская. М., 2008. 464 с.
16. Психология глухих детей / под ред. Соловьева И.М., Шиф Ж.И., Розановой Т.В., Яшковой Н.В. М., 2006. 448 с.
17. Психолого-педагогическая помощь после кохлеарной имплантации. Реализация новых возможностей ребенка: монография / под ред. Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И., Никольской О.С. М., 2014. 192 с.
18. *Сатаева А.И.* Показатели завершения «запускающего» этапа реабилитации применительно к разным группам детей с кохлеарными имплантами. // Дефектология. 2014. № 3. С. 21–30.
19. *Сатаева А.И.* Четыре сессии работы сурдопедагога на запускающем этапе реабилитации ребенка с кохлеарным имплантом // Вестник оториноларингологии. 2016. № 6. С. 54–58.
20. *Сатаева А.И.* Система работы сурдопедагога с детьми после кохлеарной имплантации: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. М., 2016. 26 с.
21. *Шматко Н.Д., Пельмская Т.В.* Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом: пособие для учителя-дефектолога. М., 2003. 224 с.
22. *Шматко Н.Д., Пельмская Т.В.* Если малыш не слышит...: пособие для учителя. М., 2003. 204 с.
23. *Allum-Mecklenburg D.J., Allum J.H.J., Baumgartner W., et al.* Multilanguage international perceptual test battery for comparing performance of children in different countries: evaluation of auditory responses to speech (EARS), Paper presented at the 3rd European Symposium on Paediatric Cochlear Implantation. Hannover, 1996.
24. *Archbold S.M.* A pediatric cochlear implants program: current and future challengers // McCormick B., Archbold S., eds. Cochlear Implants for Young Deaf Children. – 2nd Ed. London: Wiley, 2003. P. 96–134.
25. *Archbold S.M., Nikolopoulos T.P., Lutman M.E., O'Donoghue G.M.* The educational settings of profoundly deaf children with cochlear implants compared with age-matched peers with hearing aids: Implications for management // International Journal of Audiology. 2002. Vol. 41 (3). P. 157–161.
26. *Boothroyd A., Geers A.E., Moog J.S.* Practical implications of cochlear implants in children // Ear and Hearing. 1991. № 12. P. 81–89.
27. *Chouard C.H.* Entendre sans oreilles. Paris: Robert Laffont, 1973. 72 p.
28. *Clark G.M.* Sounds from silence. Adelaide: Allen & Unwin, 2000.
29. *Clark G.M.* Cochlear Implants: Fundamentals and Applications. New York: Springer, 2003.
30. *Clark G.M.* Cochlear Implants: historical perspectives // Plant G. and K.-E. Spens, eds. Profound deafness and speech communication. London: Wiley, 2006. P. 165–218.

31. Clinical evaluation of the Nucleus® 6 cochlear implant system: Performance improvements with SmartSound iQ / Stefan J. Mauger, Chris D. Warren, Michelle R. Knight, Michael Goorevich, Esti Nel // International Journal of Audiology. 2014. Vol. 53. P. 564–576.

32. Cochlear implant rehabilitation in children and adults. Ed. Allum D. J. — London: Wiley Publishers, 1996.

33. *Dowell R.C., Dawson P.W., Dettman S.J.*, et. al. Multichannel cochlear implantation in children. A summary of current work at the University of Melbourne // American

Journal of Otolology. 1991. № 12 (suppl.). P. 137–143.

34. *Edwards L.C.* Children with cochlear implants and complex needs: A review of outcome research and psychological practice // Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2007. Vol. 12 (3). P. 258–268.

35. *Eisen M.D.* History of the cochlear implant // Waltzman S.B., Roland J.T. Jr, eds. Cochlear implants. — 2nd ed. New York: Thieme, 2006.

36. *Estabrooks W.* (Ed.) Auditory-verbal therapy for parents and professionals. Washington. DC: A. G. Bell, 1994.

Уважаемые коллеги!

Обращаем ваше внимание на порядок предоставления рукописей для опубликования в нашем журнале и взаимодействие редакции с авторами статей.

Объем статьи не должен превышать 20 000 знаков (приблизительно 11–12 машинописных страниц). Статья снабжается краткой аннотацией на русском языке и ключевыми словами.

Рукописи необходимо присылать **по электронной почте:**
defektolog@ikprao.ru

К рукописям необходимо прикладывать **полностью заполненные:** «Лицензионный договор», «Анкету автора», «Сопроводительное письмо». Эти документы представлены на сайте издательства «Школьная Пресса» ***www.schoolpress.ru***. При этом «Лицензионный договор» **с подписью автора** необходимо продублировать, направив либо простым письмом по почтовому адресу: 119121, Москва, ул. Погодинская, 8, корп. 1, либо по телефону- факсу: **(499) 245-04-52**.

Корреспонденцию можно направлять по адресу: 127254, Москва, а/я 62.

Решение о публикации принимается редколлегией по результатам рецензирования материалов **в двухмесячный срок** со дня их поступления в редакцию. По истечении этого срока вы можете узнать о принятом решении, сделав запрос по электронной почте ***defektolog@ikprao.ru***

Обращаем внимание авторов на то, что они несут всю ответственность по претензиям, связанным с нарушением авторских прав третьих лиц.

Внимание! Ставим Вас в известность, что с 1 марта 2015 года прекращается рассылка авторских экземпляров журнала, а будут высылаться PDF-копии статей.