

**ИНСТИТУТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
И ПОДГОТОВКИ ПЕРСОНАЛА
ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СЛЕПЫХ “РЕАКОМП”**

ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ОБЩЕНИЯ СО СЛЕПОГЛУХИМИ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

МОСКВА

2007

Т 88.48

С 40

Этика взаимоотношений и общения со слепоглухими: методическое пособие — М., 2006.— 86 с.

Авторы:

Сироткин Сергей Алексеевич, кандидат философских наук, заведующий сектором реабилитации слепоглухих Института профессиональной реабилитации и подготовки персонала ВОС "РЕАКОМП", председатель Совета по работе со слепоглухими при ЦП ВОС, президент МООИ Общество социальной поддержки слепоглухих "Эльвира", председатель комиссии по деятельности слепоглухих при Европейском Союзе Слепых (ЕВU), вице-президент Европейского Союза Слепоглухих (ЕДВU)

Смирнова Ольга Ивановна, генеральный директор ЗАО "Центр реабилитации неслышащих "ОТОФОН", член Совета по работе со слепоглухими при ЦП ВОС

Редакторы: А.А. Быков, С.А. Гильд, к.п.н. В.З. Денискина,
О.В. Сергеева

Дизайн и верстка Е.Е. Качалова

В пособии рассматриваются основные понятия слепоглухоты, типичные психологические и социальные трудности, возникающие при контактах и общении с инвалидами по зрению и слуху, анализируются этические проблемы взаимоотношений со слепоглухими, предлагаются способы и практические советы по поведению в различных ситуациях по отношению к слепоглухим. Особое внимание уделяется способам и средствам общения со слепоглухими, вопросам слухопротезирования, что имеет важное значение в коммуникативной реабилитации слепоглухих.

Предназначается для работников организаций, предприятий, реабилитационных центров ВОС, центров социального обслуживания, отделений ОСПСГ "Эльвира", а также для сурдо-и тифлосурдо-переводчиков, социальных работников из обществ слепых и глухих, Может быть полезна для студентов педагогических и социальных университетов и широкому кругу читателей.

СОДЕРЖАНИЕ

О назначении и задачах пособия	4
Часть I. ВВОДНЫЕ ПОНЯТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ	
1. Исходные понятия и ключевые слова	5
2. Определение слепоглухоты	6
3. Основные группы слепоглухих (классификация)	7
4. Основные причины и внешние признаки слепоглухоты	9
5. Кратко из истории обучения и реабилитации слепоглухих	12
Часть II. ПСИХОЛОГИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СО СЛЕПОГЛУХИМИ	
1. Особенности и проблемы при общении и взаимоотношениях со слепоглухими	23
2. Разные точки зрения, суждения о слепоглухих, их проблемах	27
3. Окружающие в восприятии слепоглухих	36
Часть III. ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ОБЩЕНИЯ СО СЛЕПОГЛУХИМИ (ТРЕБОВАНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ)	
1. Некоторые этические правила и требования к взаимоотношениям и общению со слепоглухими	40
2. Как вести себя со слепоглухими в разных ситуациях (практические рекомендации и советы)	43
Часть IV. ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОБЩЕНИЯ СЛЕПОГЛУХИХ	
1. Дактилология — ручная азбука	46
2. Дермография — письмо на ладони	47
3. Рельефно-точечная система Брайля	48
4. Метод Лорма	50
5. Жестовый язык	52
6. Простейшие приспособления	53
7. Технические средства общения	54
Приложение 1	
СЛУХОРЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА	
1. Диагностическое оборудование для определения состояния слуха	56
2. Слуховые аппараты	58
3. Кохлеарная имплантация	61
4. Звукоусиливающая аппаратура коллективного пользования	72
5. Индукционная петля	77
6. Слуховые тренажеры	78
7. FM-системы	81
Приложение 2	
СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СЛУЖБАХ ПОМОЩИ И ОРГАНИЗАЦИЯХ ДЛЯ СЛЕПОГЛУХИХ	83
ЛИТЕРАТУРА	85

*Everyday, strangers pass me by
without saying a word.
They use their voices to speak OF me,
- but don't take the time to speak WITH me.
I wonder why.*

"Miss(ed) communication" by Lisa Kozlik (USA)

Каждый день мимо меня проходят люди
Не говоря ни слова.
Они используют свои голоса, чтобы говорить ОБО мне,
Но не удосуживаются поговорить СО мной.
Хотела бы я знать почему.

"Упущенное общение" Лайза Козлик (США)

О НАЗНАЧЕНИИ И ЗАДАЧАХ ПОСОБИЯ

В пособии показаны проблемы этики взаимоотношений, возникающие в сфере общения слепоглухих со зрячеслышащими, инвалидами других категорий и с себе подобными. Анализируются пути выхода из социальной изоляции людей с сочетанными нарушениями зрения и слуха через изменение отношения общества к слепоглухим и пропаганду средств и способов общения с ними.

Брошюра адресована реабилитологам, социальным работникам, добровольным помощникам, родственникам и близким слепоглухих. Она будет полезна и широкому кругу читателей, ибо люди с нарушением зрения и слуха так же, как и зрячеслышащие и инвалиды других категорий, нуждаются в общении и хотят взаимодействовать с окружающими, но испытывают в этом специфические трудности.

ЧАСТЬ I. ВВОДНЫЕ ПОНЯТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ

1. Исходные понятия и ключевые слова

Слепоглухота — одна из наиболее тяжёлых форм инвалидности, обрекающая человека на социальную изоляцию и резкое ограничение возможностей его полноценного участия в жизни общества. Главными и специфическими проблемами при слепоглухоте являются:

- проблемы общения с окружающими людьми — даже с членами семьи и близкими;
- трудности в ориентировке и ограничение мобильности;
- проблемы доступа к источникам информации — средствам массовой информации (телевидению, радио, газетам и журналам), информационно-справочным системам, культурно-духовным ценностям (художественной литературе, поэзии, живописи, скульптуре, театральному искусству, религии, научным знаниям);
- проблемы получения образования и реабилитации;
- проблемы получения адекватной помощи и обслуживания — услуг переводчика, сопровождающего, помощи в посещении магазинов, поликлиники, нотариуса и т.п.

Следует иметь в виду, что слепоглухота не является двойной инвалидностью, простой суммой двух инвалидностей — инвалидности по зрению и инвалидности по слуху. Хотя юридически слепоглухим МСЭ пока устанавливает инвалидность по зрению. В настоящее время и в мире и в нашей стране идёт процесс постепенного юридического признания слепоглухих как инвалидов отдельной, уникальной категории.

Слепоглухота является **ОТДЕЛЬНОЙ**, потому **УНИКАЛЬНОЙ** инвалидностью, создающей те особые проблемы и трудности, которые нельзя найти ни у инвалидов по зрению, ни у просто глухих людей.

Например, проблема общения с окружающими людьми. У инвалидов по зрению, незрячих и слабовидящих, нет проблемы общения с окружающими людьми посредством использования специфических средств (жестов, ручной азбуки), — они пользуются теми же формами и способами повседневного общения, основанными на слуховом восприятии и разговорной речи, тем же языком общения и мышления, что и окружающие (зрячие и слышащие) люди.

У глухих людей общение основано на нормальном зрительном восприятии: они свободно считывают на расстоянии жестовую речь и мимику лица собеседника или даже обычную разговорную речь с губ говорящего зрячего и/или слышащего. Услуги сурдопереводчика (переводчика для глухих) сводятся в основном к передаче в жестовой форме глухим людям содержания обращённой к ним речи официального или должностного лица, лектора или публичного оратора, к переводу жестовой речи глухих, адресованной к зрячим и слышащим людям. Этого слепоглухим недостаточно! Им нужно не только переводить при разговоре с другим человеком, но и передавать им дополнительную информацию, как правило, описательного характера о со-

беседнике, которого слепоглухой может не видеть при общении, об окружающей обстановке, о людях, присутствующих в момент разговора в комнате, о реакции на речь слепоглухого и т.д.

А что уж говорить об образовании и реабилитации слепоглухих? Многие методические системы, разработанные для обучения глухих или слепых и слабовидящих, для слепоглухих неприменимы, поскольку они основаны в первом случае на использование нормального зрительного восприятия, а во втором случае — нормального слухового восприятия и развитого вербального мышления.

Необходимость признания слепоглухих инвалидами уникальной (отдельной) группы вызвана тем, что без участия государства в решении их проблем, без выделения их нужд отдельной строкой в федеральных и региональных программах поддержки инвалидов, эффективная помощь этой категории людей на современном уровне невозможна.

Это единство, нераздельность инвалидности по зрению и слуху отражается даже в термине "слепоглухой", в его написании — в слитности двух слов "слепой" и "глухой" — без употребления дефиса. Значение имеет и последовательность этих двух слов в термине "слепоглухой".

В международном обиходе, на английском языке принято употреблять и писать термин "глухослепой" (deaf blind). Этой последовательностью слов подчёркивается, во-первых, приоритет проблемы общения и словесной речи, во-вторых, первичность (во многих случаях) наступления глухоты — как правило, от рождения, и, связанная с этим специфика речевого развития, а также тот факт, что приток слепоглухих происходит главным образом из среды глухих. Русский термин "слепоглухой" связан скорее с требованиями благозвучия и отражает также тот факт, что среди слепоглухих есть не только "выходцы" из среды глухих, но и люди, первоначально бывшие зрячими и слышащими или инвалидами по зрению с нормальным слухом.

Ключевыми словами в контексте данного пособия также являются:

— Тифлосурдопедагогика (от греческого слова typhlos — слепой и латинского слова surdus — глухой) — педагогика слепоглухих;

— Тифлосурдопереводчик — переводчик для слепоглухих. Он отличается по своим профессиональным функциям и должностным требованиям от сурдопереводчика — переводчика для глухих.

— Этика общения и взаимоотношений со слепоглухими. Это очень важная и во многом определяющая область вопросов организации работы со слепоглухими людьми. В то же время, к сожалению, именно эта область знаний, один из разделов тифлосурдологии разработана меньше остальных и нуждается в серьёзном изучении и развитии.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛЕПОГЛУХОТЫ

Для правильного понимания проблем и нужд слепоглухих важно знать определение слепоглухоты и исходить из него в работе со слепоглухими.

В области социальной реабилитации и обслуживания слепоглухих принято опираться на функциональное (не медицинское) определение слепо-

глухоты, базирующееся на внешних, клинических и социальных проявлениях сочетанных нарушений зрения и слуха. Вариант такого определения предложили скандинавские страны. Его приняли многие страны мира как официальное определение слепоглухоты, которое приобрело название скандинавского.

Скандинавское определение слепоглухоты можно изложить таким образом:

"Слепоглухота — это уникальная инвалидность, обусловленная сочетанными глубокими нарушениями зрения и слуха, и вызывающая особые проблемы, отличные от тех, которые порождаются отдельно слепотой или глухотой. К данным проблемам в первую очередь относятся трудности в общении с окружающими людьми, во взаимодействии с окружающим миром, его изучении, в доступе к информации".

В настоящее время в скандинавских странах пересматривается и уточняется это определение — с целью ориентации государств на помощь людям, признанным слепоглухими, средствами социальной и технической реабилитации. Предлагается примерно такое обновленное определение слепоглухоты:

"Слепоглухота является отдельной инвалидностью. Слепоглухота — это комбинация инвалидности по зрению и слуху, которая ограничивает возможность полного участия в жизни, что требует компенсации от общества средствами технологий, специальных служб и создания доступной среды".

3. ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ СЛЕПОГЛУХИХ (КЛАССИФИКАЦИЯ)

Контингент слепоглухих очень разнороден по характеру и причинам нарушений слуха, зрения и во многих случаях речи, по последствиям наступления слепоглухоты и проблемам реабилитации.

По типу сочетания и степени потери зрения и слуха можно выделить пять сенсорных групп слепоглухих:

1) Полная (тотальная) слепота плюс полная глухота. Соответственно, группа тотально слепоглухих;

2) Практическая слепота (светоощущение, силуэтное или "туннельное" зрение) плюс полная или практическая глухота (различение отдельных звуков, шумов, отсутствие речевого диапазона), или наоборот — группа практически слепоглухих;

3) Слепота (полная или практическая) плюс тугоухость III-IV степени (может слышать и частично понимать громкую речь на близком расстоянии или через слуховой аппарат) — группа слабослышащих слепых;

4) Слабовидение (остаточное предметное зрение — по I-II группе инвалидности) плюс тотальная или практическая глухота — группа слабовидящих глухих;

5) Слабовидение плюс тугоухость — группа слабовидящее — слабослышащих.

Другой характерной особенностью контингента слепоглухих является разнообразие способов и языка общения с окружающими людьми и рече-

вого мышления. В основу классификации слепоглухих по этому признаку следует положить прежде всего язык общения и речевого мышления. По данному критерию можно разделить слепоглухих на две речевые группы:

1) Словесно-речевая группа, так называемая группа "словесников". У этих слепоглухих ещё до потери ими слуха сложилась — в условиях относительной сохранности слуха — обычная (словесная голосовая и/или письменная) речь, грамматически и нередко литературно правильно оформленная. Благодаря именно сохранности этой обычной речи и вербального мышления (чем позже по возрасту теряется слух, тем прочнее сохраняется речь) слепоглухие "словесники" могут свободно общаться с окружающими людьми и понимать их, хоть и при помощи специальных средств общения, компенсирующих невозможность слухового восприятия речи (таких, как слуховые аппараты, письмо на бумаге или на ладони, ручная азбука глухих, брайль).

2) Жесто-речевая группа — "жестовики". Основным языком являются жесты — язык, который обычно складывается до наступления слепоглухоты, также, естественно, в условиях врожденной или ранней глухоты и нормального или слегка сниженного зрения. Этот язык принципиально отличается от словесного языка (больше, чем тот от любого иностранного) по типу речевого мышления, имеющего тесную связь с зрительно-пространственным восприятием окружающего мира. У него другая "грамматика" и "синтаксис", которые требуют высокой квалификации для адекватного перевода на словесный язык. Поэтому слепоглухие жестовики сталкиваются с неизмеримо большими трудностями в общении с окружающими людьми, чем слепоглухие словесники, так как возможности взаимопонимания между ними и окружающими резко ограничены из-за отсутствия общего языка.

Необходимо также обратить внимание на зависимость способа общения слепоглухих с окружающими людьми от времени потери зрения и, главным образом, слуха (возраста, в котором наступила слепоглухота или только глухота). Чем раньше наступает глухота — от рождения или в раннем детстве, еще до периода формирования звуковой речи или в самом его начале, до закрепления навыков устной речи (так называемая "доречевая глухота" или, как ещё говорят "долингвальная потеря слуха"), тем больше вероятность для слепоглухого стать жестовиком по способу общения и главное речевого мышления. Потеря зрения для него означает необходимость перестройки с визуальных форм восприятия жестовой информации на тактильные, посредством восприятия руками, наощупь.

И наоборот: чем позже теряется слух (в школьном возрасте или в зрелые годы, уже после завершения формирования обычной словесной речи, независимо от времени потери зрения), тем чаще мы имеем дело со слепоглухими словесниками — с людьми с "постлингвальной глухотой", то есть наступившей уже после овладения речью и вербальным мышлением. В этих случаях проблема заключается главным образом в переключении словесной речи со слухового восприятия на тактильное, визуальное (при наличии остаточного зрения) или визуально-тактильное, с использованием специальных средств общения (пальцевой или ручной азбуки глухих — дактилологии, письма по системе Брайля, письма на ладони и т. д.).

4. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ СЛЕПОГЛУХОТЫ

В последние десятилетия наблюдается увеличение числа людей, имеющих нарушения слуха и зрения. Основными факторами, способствующими этому, являются: инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз), а также старение населения в развитых странах, шумовое загрязнение окружающей среды в городах, увеличение числа заболеваний, влияющих на функционирование органа слуха и др.

Нарушения слуха стали одной из значительных проблем современного мира, сказывающейся на качестве жизни людей и приводящей к серьезным негативным последствиям. К таким почти неизбежным или весьма вероятным последствиям можно отнести, потери в межличностных отношениях, изменения мироощущения и характера (люди становятся легкоранимыми, зачастую недоверчивыми и одинокими, страдают депрессией); потерю работы или крах профессиональной карьеры, быструю утомляемость из-за значительных затрат энергии. Чтобы избежать этих негативных последствий, необходимо стремиться к максимально раннему выявлению нарушений слуха у малолетних детей (в первые месяцы жизни), раннему слухопротезированию и коррекционному обучению.

Если в прошлом приобретенные нарушения слуха явно доминировали, то в течение последних десятилетий они снизились во всех странах с хорошим гинекологическим и педиатрическим обслуживанием. Многие авторы, занимавшиеся в 70-е годы исследованиями этиологии раннего детского нарушения слуха, доказывают, что от 40 до 60 % всех медицински необратимых нарушений слуха имеют сегодня генетическую природу. Гейдрин Мюллер смогла доказать наличие у 36,5% из 310 исследованных детей наличие наследственных причин имеющих нарушения слуха. Весьма вероятной была генетическая обусловленность нарушения слуха у 60,9% всех исследованных детей.

Другими словами, сегодня приблизительно у каждого второго ребенка с нарушением слуха это нарушение генетически обусловлено. И, так как в настоящее время достаточно успешно ведется профилактика негенетических нарушений слуха (здесь следует подумать о предохранительной прививке против краснухи, прежде всего у девочек), то в будущем придется считаться с еще более высоким процентом генетически обусловленных нарушений слуха. Совершенно очевидно, что раннюю помощь следует обеспечивать детям, как с генетическим нарушением слуха, так и с нарушением, приобретенным после рождения. Примерно каждый третий ребенок с нарушением слуха обречен на его дальнейшее прогрессирующее снижение. И если эти дети на первом и втором годах жизни имеют только легкую или среднюю тугоухость, то в течение второго года или позже они могут оглохнуть постепенно или это может произойти внезапно.

Успехи в области профилактики наследственных болезней особенно заметны в последние годы. Это связано с широким внедрением в практику здравоохранения медико-генетического консультирования и пренатальной (дородовой) диагностики, что стало возможным благодаря интенсивному

изучению этиологии и патогенеза наследственных заболеваний. Ежегодно в литературе появляются несколько сотен описаний новых генетически обусловленных аномалий. По данным последнего каталога V. McKusick (1986) известно более 2000 наследственных синдромов.

Большинство наследственных синдромов диагностируется только на основании характерной клинической картины. В этой связи синдромологический анализ приобретает первостепенное значение. Однако, многие наследственные заболевания встречаются довольно редко и поэтому большинство врачей не имеют достаточного навыка в диагностике наследственной патологии. Кроме того, трудности в распознавании наследственных синдромов связаны с тем, что нередко решающее значение в постановке диагноза имеет выявление у больных микроаномалий, на которые врачи не всегда обращают внимание.

Точный диагноз имеет значение для определения прогноза для родственников больного при медико-генетическом консультировании, как ретроспективном, так и проспективном (рекомендации на будущее). В этом случае от точной диагностики зависят судьбы многих людей (потомков, не обязательно в первом поколении), а не только одного больного.

Далее мы перечислим некоторые наследственные синдромы, чреватые слепоглухотой.

Ушера синдром

Usher syndrome

MIM (международный каталог генетических заболеваний): 276900

Синоним: врожденная нейросенсорная глухота и пигментный ретинит.

Минимальные диагностические признаки: сочетание врожденной глухоты с прогрессирующим пигментным ретинитом.

Клиническая характеристика. Типичны врожденная нейросенсорная глухота разной степени, отсутствие вестибулярных реакций и медленно прогрессирующий пигментный ретинит с началом на 1-м или 2-м десятилетии жизни. Из других глазных симптомов могут наблюдаться катаракта, макулярная дегенерация, иногда — глаукома. В четверти случаев отмечаются умственная отсталость, психозы, шизофрения. Выделяют 3 типа синдрома.

I тип характеризуется врожденной глубокой тугоухостью, ранним началом пигментного ретинита и врожденным нарушением вестибулярных функций.

II тип отличается более поздним началом изменений сетчатки и сохранной вестибулярной функцией.

III тип — редкий, доброкачественный, с медленным прогрессированием нарушений слуха и зрения (в течение нескольких десятилетий).

Тип наследования — аутосомно-рецессивный.

Дифференциальный диагноз: пигментный ретинит с приобретенной потерей слуха; синдром Хальгрена.

Маршалла синдром

Marshall syndrome

MIM: 154780

Минимальные диагностические признаки: миопия высокой степени, катаракта, гипертелоризм, седловидный нос, снижение слуха, задержка речевого развития.

Клиническая характеристика. Типично лицо больных: гипертелоризм, маленький короткий нос, запавшая переносица, открытый рот, выступающий лоб, экзофтальм, гипоплазия средней части лица. Уже на первом году жизни может наблюдаться миопия. В возрасте старше 10 лет появляется катаракта, спонтанно рассасывающаяся у взрослых. В связи с высокой степенью миопии может развиваться отслойка сетчатки. В раннем возрасте обнаруживается снижение слуха по нейро-сенсорному типу, приводящее к задержке речевого развития. Интеллектуальное развитие нормальное. Рост низкий. Рентгенологически выявляют расширение костей черепа, внутричерепные кальцификаты, гипоплазию нижней челюсти и фронтальных синусов, аномальную форму позвонков и костей таза, вальгусную деформацию бедер, неправильную форму эпифизов.

Тип наследования — аутосомно-доминантный.

Дифференциальный диагноз: синдром Стиклера; синдром Робинова.

Особенности лица при синдроме Маршалла: гипертелоризм, маленький короткий нос, запавшая переносица, открытый рот, гипоплазия средней части лица.

Коккейна синдром

Cockayne syndrome

MIM: 216400

Минимальные диагностические признаки: низкорослость, старческое лицо, пигментная дегенерация сетчатки, микроцефалия, снижение слуха, умственная отсталость, повышенная чувствительность кожи к солнечному свету.

Клиническая характеристика. При рождении масса тела нормальная, в дальнейшем наблюдается отставание в массе и росте, атрофия подкожной жировой клетчатки, в результате чего кожа становится сухой, тонкой, дряблой. Глаза запавшие, лицо старческое, узкое, нос тонкий; отмечают прогнатизм, высокое арковидное небо, множественный кариес. У 65% больных обнаруживается патология зрения: пигментная дегенерация сетчатки (множественные черные и белые точки на глазном дне), атрофия зрительных нервов, гипоплазия сетчатки, помутнение роговицы, катаракта, косоглазие, нистагм. У 2/3 больных отмечается снижение слуха вплоть до глухоты. Обнаруживается ряд аномалий опорно-двигательного аппарата. Клинически важный признак — наличие неврологической симптоматики (прогрессирующие мозжечковые расстройства, тремор, гиперкинезы, анорексия). Больные отстают в психическом развитии.

Тип наследования — аутосомно-рецессивный.

Дифференциальный диагноз: прогерия; синдром Секкеля; синдром Блума; синдром Дубовица; лепречаунизм.

Ваарденбурга синдром

Waardenburg syndrome

MIM: 193500

Минимальные диагностические признаки: телекант, частичный альбинизм, глухота.

Клиническая характеристика. Наиболее часто встречаются телекант (99%), широкая выступающая переносица (75%), сросшиеся брови (50%), гетерохромия радужек (45%), нейро-сенсорная глухота вследствие гипоплазии кортиева органа (20%), белая прядь волос надо лбом (17-45%), участки депигментации на коже и глазном дне.

Тип наследования — аутосомно-доминантный.

Дифференциальный диагноз: глазо-кожный альбинизм без глухоты; глазо-кожный альбинизм с глухотой.

Альстрема синдром

Alstrom syndrome

MIM: 203800

Минимальные диагностические признаки: пигментная дегенерация сетчатки, ожирение, нейро-сенсорная глухота, сахарный диабет, нефропатия.

Клиническая характеристика. На первом году жизни появляются нистагм и светобоязнь, ретинит; наблюдается снижение центрального и периферического зрения, которое прогрессирует и к 7 годам может привести к слепоте; возможна катаракта. Характерно прогрессирующее снижение слуха. С раннего детства отмечается ожирение. После пубертатного периода появляются признаки инсулинонезависимого сахарного диабета и нефропатии, приводящей к почечной недостаточности. Интеллект обычно сохранен.

Тип наследования — аутосомно-рецессивный.

Дифференциальный диагноз: синдром Барде-Билля; синдром Клейна.

5. КРАТКО ИЗ ИСТОРИИ ОБУЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ СЛЕПОГЛУХИХ

Историю обучения и реабилитации слепоглухих обычно начинают с момента возникновения первых попыток обучения и воспитания слепоглухих детей. Принято считать началом истории тифлосурдопедагогики 1837 год, когда выдающийся американский тифлопедагог и общественный деятель Самуил Гридли Хоув (1801-1876) в Бостонском институте слепых Перкинса впервые занялся обучением речи восьмилетней тотально слепоглухонемой девочки Лоры Бриджмен (1829-1889). Процесс обучения Лоры Бриджмен и изобретенную Самуилом Хоувом методику описал в "Американских заметках" знаменитый писатель Чарльз Диккенс (Диккенс Ч. собр. соч. в 30 томах, М., Гослитиздат, 1958, т. 9, с.45-61).

Лора Бриджмен родилась в семье преуспевающего фермера. Зрячеслышащая от рождения, она перед наступлением слепоглухонемоты знала уже отдельные слова. Но в 26 месяцев после скарлатины, во время эпидемии которой умерли ее сестры и брат, потеряла зрение, слух, а также вкус и обоняние.

Родители могли общаться со слепоглухонемым ребенком на основе простейших жестов: протянутая вперед рука означала желание есть, похлопывание по спине — неодобрение, прикосновение к голове — удовлетворение. Лора старательно повторяла движения матери в ее хлопотах по хозяйству, научилась вышивать, вязать, плести. Но родители были заняты, а прислуга сторонилась слепоглухонемой девочки. Самым светлым воспоминанием той поры стала дружба со старым Эйсой Тенни, привязанность к которому Лора Бриджмен сохранила на всю жизнь. Девочка активно общалась со стариком с помощью жестов их собственного изобретения. Смутные воспоминания о звучащем, красочном мире, сельской жизни, более разнообразной и интересной для ребенка по сравнению с городской, первые произнесенные слова "зрячеслышащей" поры ее жизни, жестовое общение с родителями и особенно со старым Эйсой Тенни — все это в дальнейшем стало основой обучения Лоры Бриджмен.

На протяжении ряда лет педагоги ежедневно вели записи наблюдений за воспитанием слепоглухонемой ученицы, психологи В. Ерузалем, С. Холл и др. исследовали процесс ее обучения и воспитания. Анализ обучения Лоры Бриджмен дан также в трудах А.В. Ярмоленко, А.И. Мещерякова.

Интересно, что слепоглухонемую девочку научили вести дневник, записывать также и свои сновидения. По свидетельству доктора Хоува Лора уверяла, что слышит и видит во сне, например, закат солнца, до того светлый, что больно глазам. Исследователи обучения и воспитания Лоры Бриджмен полагали, что эти образы имеют тактильное происхождение, так как имевшееся у нее по воспоминаниям матери светоощущение было утрачено. В. Ерузалем в исследовании о воспитании Лоры Бриджмен приводит ее рассуждения о том, что хороший сон похож на белую занавеску, плохой — на черную; свет — это день, тьма черная, как железо. В разное время Лора Бриджмен написала три автобиографии, две из них были посвящены детской поре ее жизни до обучения.

Впоследствии Лора Бриджмен провела всю свою жизнь в Перкинсовской школе. Под влиянием воспитателей школы она стала верующей — до такой степени, что вернувшийся в 1845г. из Европы Самуил Хоув едва смог узнать свою воспитанницу.

Лора Бриджмен стала первой в истории слепоглухонемой, овладевшей в результате специального обучения словесной речью посредством дактилологии, чтения и письма с помощью линейного рельефного шрифта. Доктор Хоув, названный Чарльзом Диккенсом "великим благодетелем и другом" Лоры Бриджмен, занимался также обучением еще трех слепоглухих детей. Ему принадлежит приоритет в изобретении способа обучения слепоглухих — соединение рельефной азбуки слепых с ручной азбукой глухонемых.

Доктор Хоув наклеивал на предметы домашнего обихода (ложку, вилку, нож и т.д.) этикетки с выполненными рельефным шрифтом названиями и давал тщательно ощупывать их. Лора Бриджмен вначале не понимала связи между предметами и их названиями. Ей казалось, что выпуклые надписи на предметах, уже хорошо ей знакомых, являются их неотъемлемыми частями, физической фактурой. Тем не менее постепенно, от занятия к заня-

тию, в процессе многократного осязания этих предметов слепоглухонемая фиксировала в памяти жесткую связь предметов с одними и теми же, только к ним относящимися надписями, запоминала конфигурацию букв и их последовательность.

Позднее она обратила внимание на то, что надписи состоят из отдельных элементов — букв (использовался линейный выпуклый шрифт, разработанный Хоувом), что на разных этикетках есть одни и те же буквы, что этикетки надо соотносить с определенными предметами, их не обязательно наклеивать, можно класть рядом с предметом, что из отдельных букв можно складывать уже известные комбинации-слова, указывая затем на соответствующие предметы. Таким образом, по разработанной методике Хоува Лора Бриджмен открыла для себя функцию слова как знака, его связь с предметом.

Вторым этапом в истории тифлосурдопедагогики считается обучение всемирно известной слепоглухой с 19 месяцев, тоже американки Элен Келлер (Helen Keller, 1880-1968). Опыт обучения этой слепоглухой уникален и интересен тем, что обучение и воспитание тотально слепоглухонемой с очень раннего детства дало поразительные по тому времени результаты: Элен Келлер смогла получить высокое интеллектуальное и личностное развитие, она стала активным общественным деятелем и писательницей, оставившей ощутимый след и в жизни общества и в развитии системы обучения и реабилитации слепоглухих.

Она также внесла вклад в жизнь инвалидов по зрению США (в частности, в развитии их социального обеспечения). Система и опыт обучения Элен Келлер убедительно показали, что слепоглухие люди при надлежащих условиях и применении особых психолого-педагогических методов обучения могут достичь высокого уровня образования и реабилитированности. Поэтому данные факты составляют целую эпоху в истории тифлосурдопедагогики и реабилитации слепоглухих.

Элен Адамс Келлер родилась в Таскамбии, небольшом городе на севере Алабамы, в семье землевладельца, отставного капитана Артура Келлера, чьи предки были выходцами из Швейцарии. В своей книге "История моей жизни" она отмечает, что один из этих предков был первым человеком, обучавшим глухих в Цюрихе и написавшим об этом.

Первые 19 месяцев жизни Елены Келлер были обычными для любого здорового ребенка ("Перед моим взглядом мелькали широкие зеленые поля, светлое небо, деревья и цветы, и все это тьма, наступившая затем, не смогла закрыть совсем"). После менингита наступила слепоглухонемота.

Ребенок повторял каждое движение матери, ощупывал каждый предмет и так заново узнавал мир. Растущая потребность в общении вызывала к жизни первые естественно-имитационные жесты: кивок головой — "да", покачивание — "нет", имитация дрожи и показ работы мороженицы — желание мороженого и т.д. Когда в доме бывали гости, девочка протягивала им руку, "что-то смутно помня о значении этого жеста". Особенно содержательным и насыщенным было жестовое общение с дочкой кухарки, негри-тянкой Мартой Вашингтон, с которой они проводили много времени на кух-

не и в саду.

Слепоглухонемая подрастала, и бедность жестового общения, непонимание со стороны окружающих все чаще вызывали у нее яростный протест и вспышки гнева. Для любящих родителей встала острая необходимость в воспитании Елены. Знакомство с "Американскими заметками" Ч. Диккенса помогло им установить контакты с Перкинсовской школой, где жила в то время Лора Бриджмен. Будущая учительница Елены Келлер Анна Мэнсфильд Салливэн (Anne Mansfield Sullivan, 1867-1936) была также воспитанницей этой школы. В ее жизни ранее были сиротство, бедность, слепота, затем после двух операций зрение было частично восстановлено. Анна Салливэн тщательно готовилась к обучению Елены Келлер, изучая записи доктора С. Хоува о воспитании слепоглухонемых, общаясь посредством дактилологии с Лорой Бриджмен.

В марте 1887 г. Анна Салливэн приехала к своей будущей воспитаннице и до конца своей жизни не расставалась с ней. И после кончины они снова вместе: прах обеих покоится в Вашингтонском соборе в объединенных нишах.

Учительница (Teacher — так звала ее впоследствии за Еленой Келлер вся Америка) начала обучение слепоглухонемой девочки с дактилирования — проговаривания пальцами в руку слов, обозначающих хорошо знакомые предметы. Она привезла Елене куклу в платье, сшитом Лорой Бриджмен, и сразу же проговорила в руку слепоглухонемой девочке дактилемы "к-у-к-л-а". Елена Келлер выучила немало слов, прежде чем поняла по слову "вода", что у каждого предмета есть словесное обозначение.

Спустя четыре месяца после начала занятий с учительницей Елена Келлер овладела 450 словами, которыми умела правильно пользоваться. Она стала читать книги, напечатанные выпуклым шрифтом, и писать письма плоским шрифтом.

В 1888-1892 гг. Елена Келлер вместе с Анной Салливэн находились в Перкинсовской школе. Дочь доктора Хоува Флорен Хоув Холл писала в 1889 г. о Е. Келлер: "Она знает людей с лучшей стороны и только с лучшей. Она живет в мире любви, доброты и благожелательности".

Елена Келлер формировалась в волевого, настойчивого, требовательного к себе и терпимого к людям человека. За несколько месяцев она выучила в Перкинсовской школе французский язык. Но здесь же произошло и событие, едва ли не впервые заставившее серьезно страдать слепоглухую девочку. В 1891 г. Елена Келлер послала директору Перкинсовской школы мистеру Анагносу в подарок ко дню рождения свой рассказ "Король Мороз". Девочка написала его, не подозревая, что повторяет прочитанный ей ранее рассказ писательницы Маргарет Т. Кенби. "Обман" был раскрыт, и педагоги школы вместе с директором учинили ей допрос. У Елены Келлер появился страх перед новыми писаниями. Марк Твен, узнав о "плагиате" своего юного друга, пришел в ярость, назвав судей "важными ослами, терзавшими сердце ребенка проклятой невежественной ерундой".

Кроме школы слепых Елена Келлер вместе с Анной Салливэн занималась в школе глухих в Нью-Йорке. К тому времени она уже освоила устную

речь, что потрясло Америку, пристально следившую за успехами слепоглухой девочки. В 1904г. Елена Келлер первой из слепоглухих получает высшее образование, закончив Гарвардский университет.

Носителем второй эпохи развития системы обучения и воспитания слепоглухих в истории тифлосурдопедагогики обычно называют Россию. Причём было несколько этапов развития российской тифлосурдопедагогики:

1) 1909-1941 годы — в Санкт-Петербурге, где до революции было создано попечительское общество о слепоглухонемых, в одном из приютов была создана первая группа таких детей, которая в разное время меняла место нахождения — вплоть до Отофонетического института (впоследствии Института уха, горла и носа). Результаты обучения слепоглухих в этой группе и психологические наблюдения за их развитием описаны в научных трудах главного руководителя этой школы, выдающегося тифлосурдопсихолога А.В. Ярмоленко (1900-1976);

2) 1923-1937 годы — в Харькове, где была организована при школе слепых группа-клиника слепоглухих детей под руководством профессора И.А. Соколянского (1889-1960), которого принято считать основоположником советской тифлосурдопедагогики. Именно ему принадлежат новые идеи и методические разработки по обучению слепоглухих (как правило тотальных). Это из его клиники вышла известная слепоглухая учёная и писательница, кандидат педагогических наук, кавалер ордена Трудового Красного Знамени Ольга Ивановна Скороходова (1911-1982), которую иногда называли советской Элен Келлер. Опыт харьковской школы отражен в многочисленных научных и публицистических статьях, в том числе самого И.А. Соколянского, О.И. Скороходовой, А.И. Мещерякова и многих других;

3) 1947-1960 годы — в Москве, где продолжал свою работу после почти 10-летнего перерыва И.А. Соколянский в Институте дефектологии АПН РСФСР. Он пригласил к себе и свою харьковскую воспитанницу О.И. Скороходову. Вокруг Ивана Афанасьевича складывалось новое, московское ядро ученых-последователей и тифлосурдопедагогов. Среди них особо выделялся будущий продолжатель дела И.А. Соколянского, яркий научный руководитель и организатор всей последующей работы в области обучения и воспитания слепоглухих — доктор психологических наук А.И. Мещеряков (1923-1974);

4) 1961 — по настоящее время — в Сергиевом Посаде, где создан первый в России крупный центр по обучению, воспитанию и реабилитации слепоглухих детей и молодёжи, а также начали появляться группы слепоглухих в других школах.

В итоге в Советском Союзе к 60-м годам 20-го века сформировалась сильная тифлосурдопсихологическая школа трудами профессора И.А. Соколянского и, особенно, его ученика А.И. Мещерякова. После смерти И.А. Соколянского в 1960 году А.И. Мещеряков осуществляет то, что не удалось его учителю при жизни — организует, наконец, лабораторию изучения и воспитания слепоглухонемых детей в Институте дефектологии в 1961 году и оформляет при ней экспериментальную группу по обучению слепоглухих детей. Он готовит к печати и издает в 1961 году большой сборник научных ста-

тей по проблеме слепоглухоты, где опубликованы три статьи И.А. Соколянского и очерк об истории его жизни. Александр Иванович Мещеряков руководил лабораторией тринадцать лет (с 1961 по 1974 годы). Все это время он активно работал как организатор и исследователь, научный руководитель.

Его первая научная работа по проблемам слепоглухоты была опубликована в 1960 году. Это была статья "Некоторые проблемы образов в связи с особенностями формирования психики слепоглухонемого ребенка". Имея в виду тотально слепоглухого ребенка, он писал, что все свои представления об окружающем мире слепоглухонемой ребенок формирует только осязательно.

При этом он категорично утверждал, что без организации специального обучения, слепоглухой ребенок полностью лишается возможности психического развития. Он писал, что "в то время как у обычных детей очень многое (мир образов и т.д.) возникает в жизни вне педагогического вмешательства и контроля, у слепоглухонемых каждое психологическое приобретение должно быть целью специальной педагогической задачи".

Первой задачей формирования человеческой психики А.И. Мещеряков считал формирование непосредственного образа окружающих предметов и простейших навыков поведения. "На первых этапах развития слепоглухонемого ребенка для формирования ориентировочного рефлекса на раздражитель необходимо предварительное безусловное подкрепление его", — пишет А.И. Мещеряков. Совершенно незнакомый предмет, данный в руки слепоглухонемому ребенку, не удерживается, а вяло выпадает из его рук. "Однако, засорившаяся соска, из которой перестает литься сладкая вода, или измененная форма ложки вызывают живую ориентировочную реакцию (ощупывание)". У слепоглухого ребенка возникновение и выраженность ориентировочного рефлекса определяется не новизной раздражителя, а, наоборот, сходством его с теми раздражителями, которые раньше подкреплялись.

В многочисленных научных работах, выполненных на материале обучения слепоглухих, А.И. Мещеряков разрабатывал теорию формирования потребностей человека, и, продолжая традицию И.А. Соколянского, обогащенную положениями советской психологической концепции предметной деятельности, подошел к проблеме психологических условий возникновения первых средств общения у слепоглухого ребенка — жестов — из собственно предметных действий.

Им было подробно проанализировано первоначальное обучение слепоглухого ребенка, которое строилось как совместная со взрослым (тифлосурдопедагогом) деятельность по удовлетворению органических нужд ребенка, при инициативной и направляющей роли взрослого. Мещеряков описал, как эта деятельность постепенно из совместной превращается в совместно-разделенную, благодаря уменьшению активности взрослого и передаче инициативы действий самому ребенку.

Самостоятельное достижение результата действия, связанного с удовлетворением насущных потребностей, становится главным подкреплением этого действия и источником удовольствия для ребенка. Сформировавшийся навык быстро совершенствуется и укрепляется, и ребенок начинает

активно протестовать против опекающей помощи взрослого. Совместная со взрослым деятельность по удовлетворению естественных нужд ребенка (в пище, туалете, сне, тепле), по мнению А.И. Мещерякова, создает условия для формирования функции и средств общения.

Первыми неспецифическими средствами общения между взрослым и слепоглухим ребенком становится начало практического действия, совершаемого взрослым (совместно с ребенком). Являясь сигналом к продолжению действия для ребенка, оно уже выступает в какой-то мере как средство общения. В дальнейшем, реальные действия с предметами преобразуются в жесты, их изображающие (имитирующие), — так появляются специальные средства общения — естественные жесты. По мере накопления этих жестов, обозначающих хорошо знакомые бытовые предметы, они постепенно заменяются тифлосурдопедагогом на дактильные слова (первоначально по методике "подкрепления" знакомыми жестами или обозначаемыми ими предметами) и т.д.

Параллельно с научной работой А.И. Мещеряков продолжает и доводит до конца огромную организационную работу по открытию специального учебно-воспитательного учреждения для слепоглухих в нашей стране (с 1939 года в нашей стране не было такой школы). Для создания этого специального учебного заведения А.И. Мещерякову и научным сотрудникам его лаборатории О.И. Скороходовой, Р.А. Мареевой, педагогам Казакевич Ф.М. и Васиной Г.В. пришлось в сжатые сроки решать много организационных и практических задач.

Во-первых, необходимо было выявить и учесть слепоглухих, нуждающихся в обучении. Для решения этой задачи были сделаны обращения во все областные отделы социального обеспечения России, в школы для слепых и в школы для глухих. С целью выявления слепоглухих были организованы выступления по радио. В результате этой работы в лабораторию обратилось много родителей, дети которых имели выраженные нарушения в развитии и нигде не обучались. Часть обращений касалась детей с глубокой умственной отсталостью. После уточнения и проверки было выявлено 340 слепоглухих, из которых 120 человек были в возрасте до 20 лет.

Второй задачей была собственно организация учебного учреждения для слепоглухих. Полученные материалы о слепоглухих детях, нуждающихся в обучении, давали возможность ставить вопрос о создании такого учреждения. Еще при жизни И.А. Соколянского было отказано в организации такого учебно-воспитательного учреждения для слепоглухих в системе специального образования. Понимая безысходность ситуации из-за тяжести и большого разнообразия сочетанных нарушений зрения и слуха, сопутствующих слепоглухоте заболеваний, необходимость организации не только педагогической помощи, но и медицинской, и социальной помощи слепоглухим детям, Мещеряков и его сотрудники решили хлопотать об организации специального учреждения для слепоглухих в системе Министерства социального обеспечения РСФСР. Известная уже тогда на всю страну слепоглухая писательница и исследователь О.И. Скороходова обратилась с письмом о тяжелой участи слепоглухих детей в Правительство страны, к

К.Е. Ворошилову. При содействии своих университетских учителей — известных ученых-психологов А.Н. Леонтьева, А.В. Запорожца, А.Р. Лурия и Д.Б. Элькониной — А.И. Мещеряков начал хлопоты в разных инстанциях об организации Детского дома для слепоглухих. В результате было принято решение об открытии Детского дома на 55 мест на базе расформированного детского дома для сирот в подмосковном городе Загорске.

Следующей задачей была подготовка учителей и разработка учебных материалов — программ и пособий, позволяющих начать процесс обучения. При Институте дефектологии были организованы курсы по подготовке педагогического персонала для обучения слепоглухих. Первыми учителями слепоглухих в Детском доме были педагоги массовых школ, прошедшие переподготовку на этих курсах. После теоретического курса учителя из Загорска проходили педагогическую практику со слепоглухими в группе при лаборатории изучения и воспитания слепоглухих детей НИИ дефектологии — Юлией Виноградовой и Натальей Корнеевой, а также с Сергеем Сироткиным, обучавшимся в московской школе-интернате для слепых (индивидуально). Кроме учителей из Загорска там тогда проходили практику и выпускники дефектологического факультета МГПИ им. В.И. Ленина, которых распределили на работу в Загорский детский дом для слепоглухих.

Одновременно с этим решалась и следующая задача — создание учебных программ и методических пособий для обучения слепоглухих. За очень короткое время были написаны и ротاپринтно изданы материалы к программам по основным предметам обучения: математике, развитию речи, предметным урокам, трудовому обучению и физическому воспитанию. В создании их под руководством А.И. Мещерякова активное участие принимали Р.А. Мареева, В.А. Вахтель и Г.В. Васина.

Детский дом для слепоглухонемых Министерства социального обеспечения РСФСР стал принимать детей с 1 сентября 1963 года. Там начали обучение 50 слепоглухих детей из разных регионов РСФСР, а потом и всего СССР.

По созданному вскоре Положению о работе Детского дома вся диагностическая работа по отбору детей для обучения и по методическому руководству работой Детского дома была возложена на Лабораторию изучения и воспитания слепоглухих детей НИИ дефектологии АПН СССР.

А.И. Мещеряковым были определены принципы отбора детей в это специальное учреждение. "Слепоглухонемота не является простой суммой особенностей, имеющихся отдельно при слепоте и глухонемоте. При слепоглухонемоте отсутствует компенсация слуха за счет зрения, как это имеет место у глухонемых, и отсутствует компенсация зрения за счет слуха и речи, как это бывает у слепых. При слепоте даже частичная потеря слуха приводит к значительно большим отрицательным последствиям для развития ребенка по сравнению с той же потерей слуха у зрячего. Точно так же и частичная потеря зрения для развития глухого ребенка более страшна по своим последствиям, чем для слышащего.

Развитие ребенка с совокупностью дефектов зрения и слуха идет совершенно иным путем, чем у слепых или глухих. Эта особенность в основ-

ном заключается в том, что катастрофически падает возможность общения слепоглухонемого ребенка с окружающими его людьми.

Именно это и является определяющим фактором в развитии слепоглухонемого. Поэтому при отнесении ребенка к категории слепоглухонемых нельзя исходить из формального установления у него лишь степени нарушения зрения и слуха". (Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. М., "Педагогика", 1974, с.59).

В школу для слепоглухонемых должны были приниматься глухие дети с любым поражением зрения, которое исключает возможность систематического использования его для чтения обычных учебников и препятствует возможности чтения речи с лица и с любым снижением слуха, которое привело к отсутствию или глубокому недоразвитию речи. К этому определению тогда присоединялось и определение степени обучаемости слепоглухих детей. Считалось, что заключение "о невозможности обучения слепоглухого ребенка должно быть сделано при наличии следующих условий: а) когда будет установлено, что в течение года попытки обучить ребенка не дали положительных результатов; б) когда вместе с этим врачами-специалистами будет установлено, что в основе отсутствия развития ребенка лежит умственная отсталость, вызванная органическими поражениями мозга". (Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. М., "Педагогика", 1974, с.65).

Результаты обучения слепоглухих детей фиксировались каждый день в специальных тетрадях-дневниках. На каждого ученика в конце каждой учебной четверти составлялась подробная характеристика и подробно анализировались отчеты учителей по учебно-воспитательной работе в каждой группе. Все копии годовых отчетов направлялись в лабораторию изучения и воспитания слепоглухих детей.

В Детский дом были переведены и двое воспитанников Лаборатории изучения и воспитания слепоглухонемых Института дефектологии АПН СССР Сергей Сироткин и Наталья Корнеева. А Юлия Виноградова осталась в экспериментальной группе при Институте дефектологии(69). Вскоре к ней присоединился и другой тотально слепоглухой ребенок — восьмилетний Володя Третьяк.

С 1964 года эта группа слепоглухих детей была оформлена как экспериментальная группа при лаборатории. Первоначально экспериментальная группа находилась в здании Института дефектологии, а затем она вошла в состав экспериментальной школы для глухих детей при Институте. В разное время в группе обучалось от двух до пяти слепоглухих детей.

Почти одновременно с организацией Детского дома для слепоглухонемых, под руководством А.И. Мещерякова была начата работа над проектом создания Учебно-производственного комплекса для слепоглухих детей и взрослых, было разработано проектное задание для строительства комплекса на 200 мест.

Вот как С. Сироткин вспоминает свои беседы в 1965г. с Александром Ивановичем Мещеряковым об этом проекте: "...я узнал, что главной проблемой является создание учебно-трудового комплекса. Мой собеседник

рассказал, каким он видит его. Детский сад, школа, предприятие с жилыми домами и клубом составят один городок, где будут жить слепоглухие всех возрастов. Они будут разговаривать друг с другом дактильно, жестами и при помощи специальных аппаратов — телетакторов и коммуникаторов. Этим условиям для общения слепоглухих между собой и окружающими зрячеслышащими нет в обычных школах и домах. В клубе слепоглухие будут играть, танцевать, проводить праздники и торжества. Будут библиотека, спортплощадка, бассейн, сад..." (Э. Сериккалиева, С. Сироткин, А. Суворов. Обретешь друзей. Алма-Ата, 1978, с.127-128).

В это время устанавливаются новые контакты с зарубежными специалистами в области слепоглухоты. В 1961 году А.И. Мещеряков в составе делегации дефектологов посещает Румынию, в 1962 и 1967 годах принимает участие в международных семинарах по проблемам слепоглухоты в Великобритании. К нему приезжают ведущие зарубежные специалисты по проблемам слепоглухоты из разных стран мира.

Докторская диссертация "Слепоглухонемые дети (психическое развитие в процессе обучения)" с большим успехом была защищена А.И. Мещеряковым в мае 1971 года. По следам впечатлений, которые были произведены защитой этой диссертации на научную общественность, Лабораторией обучения и воспитания слепоглухих детей под руководством А.И. Мещерякова НИИ дефектологии АПН СССР и психологическим факультетом МГУ им. М.В. Ломоносова под руководством академика А.Н. Леонтьева было решено начать эксперимент по обучению четырех слепоглухих воспитанников Загорского детского дома по программе высшей школы. А.И. Мещеряков решил воспользоваться этой благоприятной ситуацией для того, чтобы продолжить эксперимент по непрерывному обучению слепоглухих, расширить возможности для научной работы лаборатории, привлечь к её работе внимание более широкого круга специалистов. При этом самой главной его целью было воспитание группы активных и образованных слепоглухих людей, которые смогли бы привлечь к себе общественное внимание, создать в будущем национальную организацию слепоглухих для улучшения положения всех людей с проблемами слуха, зрения и во многих случаях речи в нашей стране.

В феврале 1971 года четверо будущих студентов МГУ были переведены из Загорского детского дома для слепоглухих в Москву для окончания среднего образования.

Это были:

Лернер Юрий Михайлович (1946-2003), 25 лет, частично потерял зрение в 4 года и полностью слух в 7 лет, с 9 лет обучался по программе начальной школы слепых индивидуально, на дому с педагогом от Ленинградской школы-интерната для слепых и слабовидящих. Продолжил обучение в Загорском Детском доме для слепоглухих — с 17 лет;

Корнеева Наталья Николаевна, 21 год, нарушения зрения и координации движений наблюдались после заболевания в 2 года 6 месяцев, с 9 лет обуча-

лась сначала в массовой школе, а затем в Одесской школе слепых. Но после 11 лет стала терять слух и с 12 лет обучалась в экспериментальной группе НИИ дефектологии АПН СССР, а затем, с 13-ти лет — в Детском доме;

Сироткин Сергей Алексеевич, 22 года, тугоухий с рождения, ослеп окончательно в возрасте около 6 лет. Начал обучение под руководством И.А. Соколянского сразу после потери зрения, в детском саду для глухих с индивидуальным педагогом, а затем также индивидуально в школе для слепых. А в 14 лет поступил в Детский дом(83);

Суворов Александр Васильевич, 17 лет, практически ослеп в 5 лет, с 7 лет обучался в Фрунзенской школе слепых, а после понижения слуха в 11 лет поступил в Детский дом в Загорске.

Как видно из этой краткой справки, эти молодые люди в разное время и в разной степени потеряли слух и зрение, они имели разный опыт воспитания в семье и обучения в школе. Все они в разное время обучались по программам школы слепых (за исключением С. Сироткина). Их объединяло почти 7 лет совместной успешной учёбы в Детском доме для слепоглухих, где они осваивали программу средних и старших классов массовой школы. Все четверо хорошо владели словесным языком, общались между собой и со слышащими людьми посредством дактильной речи, достаточно хорошо и внятно говорили голосом. Но больше всего их объединяла забота и внимание Александра Ивановича, доверие к нему и желание продолжить свое образование. Да и в этическом плане А.И. Мещеряков покорял всех четверых слепоглухих студентов своим глубоким уважением к ним как к личностям, простотой взаимоотношений ("на равных"), пониманием проблем каждого, своим личным участием и дружеской поддержкой. Он постоянно повторял, что они — не "экспериментальные кролики", а полноценные люди, активные участники научного эксперимента, от которого зависит дело всех слепоглухих.

Министерство высшего образования СССР дало разрешение на поступление четырех слепоглухих студентов вне конкурса, но с обязательной сдачей вступительных экзаменов (кроме математики). Началась интенсивная подготовка к экзаменам, затем их сдача и собственно обучение на факультете психологии МГУ. В 1977-м году эксперимент по обучению слепоглухих студентов был успешно завершён.

В 1981 году А.И. Мещерякову совместно с И.А. Соколянским посмертно присуждается Государственная премия СССР за создание научной системы обучения слепоглухих детей.

ЧАСТЬ II. ПСИХОЛОГИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СО СЛЕПОГЛУХИМИ

1. Особенности и проблемы при общении и взаимоотношениях со слепоглухими

Любой человек при первых встречах со слепоглухим и попытках вступить с ним в контакт наталкивается на трудности в общении с ним. Привычные способы коммуникации (посредством обычной голосовой речи, мимики лица, взглядов, движений головы и т.д.) практически или совсем не помогают — ввиду ограниченного (или полностью отсутствующего) зрительного и слухового восприятия у слепоглухого. Не получая при попытке вступить в контакт со слепоглухим адекватной от него реакции, люди очень по-разному воспринимают эту ситуацию и поступают в ответ на неё. Если они никогда не видели и не слышали о слепоглухих, то на данную ситуацию они обычно реагируют так: повторно обращаются к необычному коммуниканту, переспрашивают, повышая голос; изумляются безрезультатностью (или неадекватным поведением слепоглухого), начинают теряться в догадках. Поведение зависит от личностных особенностей, характера, профессиональных обязанностей, просто настроения. Человек либо отходит от слепоглухого, либо начинает "тормозить" его, добиваясь ответа, либо раздражаться, ругаться и даже проявлять насилие, принимая слепоглухого за пьяного или больного, сумасшедшего (это нередко бывает при встрече милиционера с инвалидом по зрению и слуху на улице или в общественных местах). Не в лучшем положении оказываются и те люди, которые слышали или видели ранее слепоглухих, но не знают, как с ними контактировать. Но, по крайней мере, они чаще всего не проявляют при неудачных попытках вступить в контакт со слепоглухим негативное к нему отношение и действие.

Главная проблема здесь — в выборе специфических средств общения со слепоглухим. А людям, специально не подготовленным к общению со слепоглухими, просто не из чего выбирать. Ведь их нужно специально изучать (см. часть IV). Однако, этого далеко недостаточно для полноценного общения со слепоглухими! Здесь существенную роль играет целый ряд следующих обстоятельств:

— изменения, вызванные сочетанными нарушениями зрения и слуха, а во многих случаях и обычной голосовой речи, в сенсорной структуре общения между слепоглухим и другим человеком (зрячеслышащим, глухим с нормальным зрением, инвалидом по зрению с нормальным слухом и др.). В зависимости от собеседника требуется использование совершенно разных навыков и способов как передачи речевой информации, так и (самое, пожалуй, главное и важное!) её восприятия. А эти навыки нужно формировать и развивать, как и любые психические способности (зрительную, тактильно-двигательную память, внимание, восприятие речи в другой чувственной форме), на что требуется какое-то время, нередко немалое. Зрячеслышащему — при его стопроцентном зрении — не сразу удаётся научиться вос-

принимать речь слепоглухого, например, в дактильной (пальцевой) или жестовой форме, даже если он сам владеет этим способом на уровне передачи информации слепоглухому. Если у слепоглухого невнятная или искажённая голосовая речь, зрячеслышащий или нормально слышащий инвалид по зрению — несмотря на свой нормальный слух — плохо или совсем не понимают речь слепоглухого. Нужно время на привыкание к необычной дикции слепоглухого. К сожалению, не у всех нормально видящих или слышащих людей есть время, желание, терпение заниматься изучением специальных средств общения слепоглухих и особенно тренировкой восприятия речи слепоглухих в другом чувственном выражении. Эту проблему обычно решают посредством привлечения переводчика — специально подготовленного или из числа близких и друзей слепоглухого;

— разнообразие средств и способов общения со слепоглухими, в силу большой разнородности контингента слепоглухих и зависимости от характера и причины, времени наступления слепоглухоты, от сенсорных особенностей общения между конкретным слепоглухим и другими коммуникантами различных категорий. Например, с поздно оглохшим инвалидом по зрению, если у него есть остаток слуха и сохранилась более или менее нормальная дикция, человек с нормальным слухом может достаточно быстро приспособиться к общению. Ему нужно несколько повысить громкость и замедлить темп своей речи, приблизиться к лучше слышащему уху слепоглухого (если у того нет слухового аппарата). Это — самый лёгкий случай. К разряду относительно нетрудных случаев можно отнести и ситуацию, когда слепоглухой никак не может воспринимать речь на слух, даже через слуховой аппарат, но может воспринимать письмо крупным шрифтом — на бумаге фломастером (при остаточном предметном зрении) или на ладони своей руки. Здесь любому человеку в принципе нетрудно, без специальной тренировки, наладить контакт и общение со слепоглухим — при условии, что обратная связь будет осуществляться обычным, привычным способом (слепоглухой отвечает голосом) или посредством ответных записок на бумаге;

— обстоятельства и факторы чисто психологического и социального характера, которые сложились и действуют в сфере взаимоотношений между "здоровыми" (зрячеслышащими) людьми, между глухими или инвалидами других категорий, которые не могут быть механически перенесены в сферу взаимоотношений со слепоглухими. Например, в мире зрячих и слышащих, особенно в общественных местах, не приняты постоянные соприкосновения руками, ощупывание друг друга и многих предметов. Даже социально-культурными и этическими правилами это часто запрещается. Скажем, слепой, не видя глазами своего собеседника, не может без его позволения потрогать руками его лицо, голову, фигуру. Это может позволить только близкий человек, и то не в общественных местах. В лучшем случае, можно потрогать руки, плечи, слегка — голову, грудь (чаще всего мужчины), одежду. В восприятии обычных людей это кажется непривычным и часто странным и даже не очень приятным. Отсюда — некоторые этические правила, адресованные к незрячим и слепоглухим, очерчивающие границы

между дозволенным и недозволенным в социальном пространстве, при общении с окружающими других категорий.

Эти обстоятельства часто ставят слепоглухих в затруднительные, порой экстремальные условия, которые резко ограничивают и без того скудный поток информации из внешнего мира, оказывают неблагоприятное влияние на их мировосприятие, нередко провоцируют конфликтные ситуации во взаимоотношениях с окружающими людьми. К сожалению, довольно часто слепоглухие оказываются в этих конфликтных ситуациях "без вины виноватыми", получают негативную репутацию среди окружающих. Особенно часто это случается со слепоглухими "жестовиками", которые не могут за себя постоять и оправдаться в конфликтных ситуациях, поскольку не в состоянии адекватно объяснить со зрячеслышащими или инвалидами других категорий — из-за различий в языке и способах общения.

Если проблемы преодоления трудностей общения со слепоглухими разных речевых групп решать по минимуму требований и поэтапно, то их можно свести к следующим задачам:

— Для общения со слепоглухими "словесниками" — решение носит в основном "технический" характер — необходимость осваивать другие сенсорные формы и средства выражения того же словесного языка. Это может быть общение посредством дактилологии (пальцевой азбуки глухих), письма на ладони, письма по Брайлю или метода Лорма, дублирующих алфавит русского или любого другого национального языка и заменяющих утраченную слуховую функцию осязательными или визуальными формами восприятия слепоглухим речи. Для самих слепоглухих этой группы язык общения и мышления несколько не меняется, остаётся единым и общим со слышащими партнёрами по общению, лишь "перекладывается" из слуховой чувственности в тактильную или визуальную, визуально-тактильную сенсорную форму.

— Для общения со слепоглухими "жестовиками" — задача осложняется для окружающих тем, что приходится не только овладевать чувственно иными формами средств общения (той же дактилологией, письмом на ладони и т.д.) — для эпизодического общения. Но иногда требуется изучить совершенно другой язык — жестовый — для более полноценного общения. Можно так же обращаться за услугами переводчика жестового языка (сурдопереводчика или тифлосурдопереводчика).

— Однако, кроме решения проблемы со средствами и способами общения со слепоглухими, следует обратить не менее серьёзное (порой даже более пристальное) внимание на фактор межличностных отношений и взаимодействий, которые складываются между слепоглухими и окружающими разных категорий. Ибо этот фактор имеет очень существенное влияние на процесс общения, на социальное положение слепоглухих, определяет степень их социальной активности, признанности в обществе. Это означает, что нужно понять и признать факт двусторонности и взаимообусловленности взаимоотношений и взаимодействия между слепоглухими и окружающими, с обществом, искать пути и способы преодоления возникающих в этой сфере

проблем и трудностей. Понять, что слепоглухие — тоже люди, часть общества, но люди с особыми проблемами и нуждами, вызванными уникальной формой инвалидности — слепо-глухотой, — и имеющие право на получение всесторонней помощи и обслуживания от государства. А через эту поддержку — возможность полноценного участия в жизни общества.

Правда, акт признания обществом такого статуса за слепоглухими не может быть односторонним, только в направлении от общества к слепоглухим. Активность должна проявляться также и со стороны слепоглухих в направлении к обществу. Это может быть социальная активность, общественное движение слепоглухих на национальном и международном уровнях, в виде творческой активности, духовного развития. К сожалению, не всегда эта активность имеет плодотворный характер, напротив, нередко принимает неприятные, деструктивные формы, отрицательно сказывающиеся на сотрудничестве и достижении равенства в сфере взаимоотношений и взаимодействия с обычными людьми. Ответственность за успех дела лежит не только на обществе, но и на самих слепоглухих (как, впрочем, и на инвалидах других категорий).

В сознании общества существуют как бы две различные тенденции в отношении к инвалидам: с одной стороны — позитивные, направленные на поиски мер и средств интеграции, включения их в жизненный процесс общества; а с другой стороны — негативные, основанные на пессимистических представлениях о возможности полной реабилитации инвалидов ("выравнивании" их возможностей). А у инвалидов с ростом осознания своего положения часто обостряется чувство своей ущербности и неполноценности среди "здоровых" людей или инвалидов других категорий, социальной невключенности. И как реакция на это осознание и чувство, у них растут чаще всего протест и попытки найти выход из указанного положения.

Но, к сожалению, активность со стороны слепоглухих на уровне личных взаимоотношений с окружающими людьми чаще всего принимает неорганизованный характер. Это может выливаться в конфликтные ситуации, взаимную неприязнь и противоборство, что отнюдь не способствует конструктивному сотрудничеству со слепоглухими и зрячеслышащими людьми, а также с инвалидами других групп с другими личностными и жизненными возможностями и ориентацией. Это противоборство может принимать разные формы: слепоглухие отказываются выполнять просьбы или поручения, требования неприятных им окружающих людей, выдвигают обвинения в их адрес (следует заметить, что это лучше удаётся тем слепоглухим, которые владеют обычной, словесной речью и высоким интеллектуальным развитием) или просто перестают замечать их. В свою очередь, окружающие люди (зрячеслышащие, инвалиды других групп, слепоглухие с другими возможностями и ориентацией), встречая такое сопротивление, начинают либо подавлять инициативу и личность "восстающих" слепоглухих, подчинять их волю своей, либо отходят от них в сторону, отказываясь от сотрудничества с ними, либо тоже начинают создавать негативное общественное мнение вокруг них, тем самым обрекая их на социальный бойкот и изоляцию (как правило, в скрытой, негласной форме).

2. РАЗНЫЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ, СУЖДЕНИЯ О СЛЕПОГЛУХИХ, ИХ ПРОБЛЕМАХ

Небезынтересно и важно знать, как воспринимают слепоглухих окружающие разных категорий, непосредственно ими не занимающиеся; как они представляют себе решение их проблем. Приведём высказывания и размышления некоторых авторов.

**Денискина В.З.,
кандидат педагогических наук**

"Вопрос о содержании и этике общения и взаимодействия, как слепоглухих и зрячеслышащих, так и слепоглухих со слепоглухими, к сожалению, до сих пор остаётся крайне слабо разработанным. По этой проблеме опубликовано несколько статей (В.Т. Ганжин, А.В. Суворов, С.А. Сироткин, Э.К. Шакенова и др.). Однако, для большинства людей и даже для тех, кто сталкивается со слепоглухими по роду своей работы (например, в организациях и на предприятиях ВОС, социальные работники), общение с указанной категорией инвалидов остаётся большой проблемой, решение которой они не знают, — даже, если готовы к сотрудничеству с ними. Анализируя этико-психологические проблемы, возникающие в коммуникации слепоглухих, прежде всего, со зрячеслышащими, В.Т. Ганжин и А.В. Суворов указывают на то, что проблемы возникают в четырёх основных сферах:

1. в сфере философской этики, связанной с поиском смысла жизни и открытием аргументов, оправдывающих данную жизненную судьбу;

2. в сфере общей этики и общечеловеческой морали, связанной с базовыми ценностями человека;

3. в сфере профессиональной этики, связанной с характером и человеческим предназначением той или иной профессии (отношения профессионала к объекту его деятельности);

4. в сфере служебной этики, связанной с регуляцией служебных и внутриорганизационных, корпоративных отношений.

Анализируя возникающие в этих сферах проблемы, авторы показали, что все они оформляются в устойчивые нравственные отношения, порождая человеческий или бесчеловечный стиль общения.

Одно из ограничений, связанных с ситуацией слепоглухоты, заключается в том, что слепоглухой не всегда может (весьма часто не может) выбрать, с кем ему общаться, а с кем нет. Зрячеслышащий обычно такой выбор имеет, ему легче уклониться или прямо отказаться от нежелательного контакта, легче и навязать своё общество, вопреки сопротивлению другой стороны. Слепоглухой же в большей степени вынужден заинтересовывать собой как личностью, если не хочет быть и оставаться не более, чем объектом жалости. Он вынужден быть и оставаться настолько интересным и содержательным, чтобы люди готовы были иметь с ним дело, даже несмотря на громоздкость процесса и средств общения с ним, — посредством дактильной (пальцевой) речи, письма на ладони (а при необходимости — на лбу или на груди, спине), использования услуг посредника-переводчика или техниче-

ских средств (алфавитной карточки, механического коммуникатора, компьютерных технологий).

Если между слепоглухим и зрячеслышащим имеется взаимный интерес, то, по мнению В.Т. Ганжина и А.В. Суворова (и мы с этим не можем не согласиться), между ними начинается бесконечный процесс взаимообучения, извлечения уроков для себя и для оценки жизни в целом.

Вопрос о том, каково содержание этого взаимообучения, кто у кого чему учится, может решаться только очень конкретно, в зависимости от того, какой именно слепоглухой, какой именно зрячеслышащий. Обычно инвалиды, хоть чего-то добившиеся, поражают здоровых своей "силой воли" и "жаждой жизни". Но изначально здоровые и воспринимают инвалидов как беспомощных, то есть с сомнением относятся к их возможностям и способностям.

Узнавая больше о жизни слепоглухих вообще, о личности конкретного слепоглухого, в частности, здоровый человек часто ударяется в другую крайность — начинает неумеренно восхищаться инвалидом. А чем, собственно, вызывается восхищение? В сущности, тем что инвалид, слепоглухой не пожелал "гнить в яме", попытался из неё выбраться и в какой-то мере добился этого. Конечно, это потребовало от него большей, чем в обычной жизни, и силы воли, и жажды жизни. Но разве здоровый на месте инвалида увидел бы больше смысла в том, чтобы смиренно гнить в яме?

Общение со слепоглухим человеком как существом, находящимся в экстремальных обстоятельствах, убеждает зрячеслышащего в том, что можно достойно жить и в условиях тяжелой инвалидности. В свою очередь, зрячеслышащий, получая урок жизнестойкости, может сам преподать определенный и ненавязчивый урок — приветливости, доброжелательности, открытости, стремления к взаимопониманию.

На практике для зрячеслышащего это общение связано с немалыми трудностями: как точно и правильно понять слепоглухого, освоить специальные средства общения с ним, оставаться настолько тактичным, чтобы не замечать естественных огрехов общения, не провоцировать у слепоглухого иждивенчества и паразитизма и т.д. Важно и самому не паразитировать на чужом несчастье тем или иным способом.

На проблеме иждивенчества и паразитизма слепоглухих по отношению к зрячеслышащим следует остановиться специально. Здесь есть нюансы, о которых слепоглухому необходимо помнить и держать себя, строго говоря, в определенных рамках.

Речь идёт о тех случаях, когда инвалид по зрению и слуху требует от переводчика переводить всё подряд, не учитывая то обстоятельство, что у переводчика с объектом общения могут быть свои личные отношения и свои точки соприкосновения, совершенно не затрагивающие слепоглухого и не относящиеся к предмету того мероприятия, на котором все они присутствуют. Конечно, на это можно возразить: пусть переводчик личное общение осуществляет в свое личное время. Но в том-то и дело, что это на Западе

предусмотрено: переводчики слепоглухих работают по двое на каждого, сменяя друг друга через определённый промежуток времени (как правило, через каждые 20-30 минут) и имея, таким образом, личное время на удовлетворение своих личных потребностей. Наши же переводчики работают в одиночку. Это огромная нагрузка и время от времени необходимо хотя бы расслабиться.

Там, на Западе даже есть Общество, отстаивающее права переводчиков. Видимо, не случайно, в функциональных обязанностях переводчика перечислены не только его обязанности, но и права. Считается неэтичным со стороны слепоглохого нарушать права зрячеслышащего переводчика. Например, в часы его отдыха требовать сопровождения на незапланированное и неофициальное мероприятие.

Школа взаимной человечности является очень трудной, но это — школа настоящей жизни, необходимая для каждого. В ней человека подстерегает множество этических ошибок: две наиболее типичные ошибки связаны со "злоупотреблением добром".

Первая состоит в том, что любовь и деликатность зрячеслышащего ослабляют или вовсе парализуют волю слепоглохого, то есть когда здоровый человек начинает жить в заботах об инвалиде и самолично принимать за него решения. Вторая ошибка кроется в равнодушии. Равнодушие приводит, по выражению А.В. Суворова, к взаимообкрадыванию и к смерти коммуникации.

Итак, в данном типе общения, если можно воспользоваться аналогией с рынком, урок жизнестойкости обменивается на урок участия, поддержки и заинтересованности. Отношения между людьми должны быть одновременно требовательными и доброжелательными, то есть именно требовательная доброжелательность может предупредить и равнодушие, и "злоупотребление добром".

Очень важны для понимания этики взаимоотношений перспективы, связанные с профессиональным, гражданским, семейным, досуговым самоопределением слепоглохого и зрячеслышащего как субъектов этических отношений.

Что касается терминологии, то здесь мы согласны с В.Т. Ганжиным и А.В. Суворовым, которые считают, что там, "где различие между моралью и нравственностью для данного контекста несущественно, мы говорим об этике вообще. Когда же приходится говорить о морали и нравственности отдельно, то под моралью имеются в виду императивные нормы, правила, которые могут — и должны иногда — быть нарушены именно ради выполнения нравственного долга; под нравственностью же подразумевается закон отношения человека к человеку, нарушение которого чревато безнравственными последствиями".

Все люди — больные и здоровые, слепоглухие и зрячеслышащие, младенцы и старики — связаны друг с другом крепчайшими духовно-нравственными узами, так как существуют в одном и том же нравственном пространстве/времени. На это надо смотреть как на принцип, определяющий

направленность этической коммуникации слепоглухого со зрячеслышащим в рамках общей этики.

Профессиональная этика представляет собой отраслевую специализацию этической регуляции и этического знания. Как слепоглухой, так и зрячеслышащий хотят и могут быть профессионалами в какой-либо из областей профессиональной деятельности человека. Естественно, у зрячеслышащего больше возможностей, что порождает повышенные обязательства (конечно, они могут игнорироваться или быть неосознаваемыми).

В случае гиперкомпенсации слепоглухой может стать не просто профессионалом того или иного уровня, но общественным деятелем, профессионалом государственного масштаба, национальной гордостью. Ярчайший тому пример — Элен Келлер.

Современные разработки в области биоэтики, ограниченные пока генетико-медицинскими аспектами, могут быть (и должны!) с соответствующими изменениями продолжены и в области общей и профессиональной этики, связанных с обеспечением прав человека. К правам инвалида-колясочника архитекторы и городские власти перестают быть равнодушными, по крайней мере на уровне законодательных норм, которые на практике сплошь и рядом игнорируются так же, как и все прочие законы и нормативные акты в России.

Самые большие проблемы общения возникают между слепоглухими и зрячеслышащими на улице, в транспорте и в других общественных местах, где инвалиду нужна помощь, а здоровый человек этого не видит или не хочет видеть, а если и захотел помочь, то не знает, как можно установить контакт.

Без сомнения, нужно искать и находить необходимые слова, вести постоянную социальную рекламу, которые бы приучали людей к мысли: всегда рядом с тобой может оказаться человек, нуждающийся в особом внимании или помощи, и его права на участие в современной комфортной жизни должны быть реализованы так же, как и твои; поэтому будь готов при соответствующей просьбе или знаке оказать соответствующее внимание и помощь.

Ходовой аргумент всех коммерсантов — равно как и искренних энтузиастов, — в сфере социальной защиты: никто не застрахован от участи инвалида; так посочувствуйте ему! Это касается и профессиональной деятельности, отношений между профессионалами. Но подобная пропаганда, как бы ни была она нужна, — масло на хлебе, а сам хлеб — распространение комфортности жизни на всех, а не только на власть и деньги имущих; в условиях, когда большинство населения независимо от состояния физического здоровья вынуждено бороться за существование, вынуждено выживать, а не жить, эффективность пропаганды в пользу прав инвалидов весьма и весьма сомнительна, эта пропаганда у безработных или бомжей, например, может вызвать небезосновательную иронию. Словом, необходимо улучшение, смягчение, гуманное упорядочение всего ансамбля отношений между людьми, а не только пропагандистские кампании в пользу отдельных бедствующих категорий населения".

**Казьмина И.Б.,
кандидат экономических наук**

На занятиях по самореабилитации людям с ограничениями по зрению предлагалось разыграть жизненные сценки, в одной из которых, незрячий поздравляет с днем рождения слепоглухую сотрудницу, а в другой — за одним столиком в музыкальном кафе оказываются незрячая девушка и слепоглухой мужчина. Им предлагалось пообщаться, пока не вернутся оставившие их на некоторое время друзья.

Хотя участники по-разному интерпретировали эти ситуации, придумывали свои дополнительные обстоятельства происходящего, выявилось и общее: "актеры" попросту не знали, как себя вести. Вначале чаще всего они были неестественно скованны. Впрочем, согласитесь, это не редкость при общении малознакомых людей. Тем более, что участники, как это часто случается в жизни, не владели специальными навыками общения, используемыми при одновременной потере зрения и слуха. Предлагалось на ходу, интуитивно находить общий язык и при этом не просто вступить в контакт и скоротать время, а улучшить друг другу настроение. Оказалось, что не так-то просто это сделать.

Долго мы обсуждали, как научиться общаться естественно и что это за барьеры, сквозь которые мы пытаемся докричаться друг до друга. Выяснилось, что сложности во взаимодействии вовсе не главным образом связаны с отсутствием зрения или слепоглухотой. Не было бы этого, партнеры по нескладывающемуся общению, вполне возможно, начали бы искать и нашли другие "бревна" в чужом глазу. Было бы глупо отрицать, что слепота, глухота, а тем более их сочетание, могут отягощать многие аспекты жизни. Однако являются ли они главной проблемой?

Разве те, кто умеют, что называется нормально смотреть и слушать, не имеют других барьеров, которые подчас так же кажутся непроходимыми. У всех свои "соринки" в глазах, ушах, в восприятии жизни.

К каким же выводам мы пришли на занятиях?

1. Чаще всего мы только учимся общаться друг с другом непосредственно. На деле, не слыша и не видя собеседника, мы пытаемся говорить сквозь пелену представлений о себе, о другом, о жизни, о том, что нужно, а что не нужно, что хорошо, а что дурно. Общаемся сквозь бронированные стекла страхов, осознанных и неосознанных, клише, стереотипов. Это как одежда с чужого плеча, которую очень давно носишь и незаметно начинаешь считать своей.

Например, при разыгрывании "поздравления", почти все незрячие на вопрос, почему они подходят к имениннице молча, а часто вообще с неподвижным лицом и почти беззвучно отдают сувенир, оправдывались тем, что она не слышит. Как тут не вспомнить наши собственные обиды на реплики в отношении людей с проблемами зрения: "Зачем ходить в кино — вы же не видите?" Что же делать с барьерами недопонимания, если конечно готов к переменам?

2. Отважно и с чувством юмора увидеть, что мешают, главным образом, свои собственные, а не чужие внутренние установки, предрассудки, шоры.

Почему важно это признать? Потому что с этого момента появляется возможность взять ответственность за общение на себя. Сразу отпадает вопрос, кому делать первый шаг. Как в сценке в кафе спонтанный порыв одного из партнеров мгновенно снял оцепенение и преобразил ситуацию. Когда нам не нравится свое отражение, мы же не причесываем зеркало, а берем расческу и причесываемся сами.

3. Что значит увидеть свои барьеры? Это выявить постоянно повторяющиеся из ситуации в ситуацию, из отношений в отношения, в совершенно разных обстоятельствах одни и те же дежурные мысли, эмоциональные и физические реакции, слова, действия.

А ведь можно добраться и до ролей и сценариев, которые сами по себе не плохи и не хороши. Но если внимательно посмотреть на них со стороны, действительно похожи на методично, изо дня в день прокладываемые "узкоколейки", искажающие живой многомерный ландшафт жизни и всех отношений, ей присущих. Увидеть это в себе — уже здорово. Но тут, главное, не запаниковать, обвиняя себя и вступая в борьбу с самим собой. Здесь опять потребуется недюжинное равновесие, смелость и чувство юмора.

"Да, во мне это есть. Но я себя принимаю такой и прощаю себя. Тем более, что попытаюсь поступать по-другому, видя все так, как есть на самом деле, слыша свой внутренний голос". Каждая попытка размывания сложившейся колеи, изо дня в день совершаемое усилие по капле выдавливают внутреннюю слепоту и глухоту. Кем бы ты ни был, незрячим, слепоглухим или зрячеслышащим.

4. Чтобы взять ответственность за общение на себя, придется взять ответственность за всю свою жизнь. Разве плоды, которые мы собираем с деревьев наших жизней, прилетают по чьей-то доброй или злой воле? Они вырастают. Причем такими, какими мы сами их выращиваем. Оказывается, от того, о чем и как мы думаем, как реагируем, что говорим, как действуем, факты нашей жизни нами самими могут взращиваться в совершенно разных системах координат: видения или неосознанности, любви или тьмы, радости или болезни.

И общение наше с другими имеет наделяемый нами характер и смысл.

Ищем мы, где бы побольше, полегче и эмоционально повкуснее взять, при этом тщательно рассчитывая каждое ответное усилие, не желая увидеть реальные потребности других людей, услышать порой непроизносимый вслух зов о помощи, оценить чужие усилия и в общих делах и в твоей жизни. Или кропотливо учимся изо дня в день взращивать свой собственный свет, добываем собственный огонь, не ища, где бы погреться и укрыться от одиночества.

Понимание возможности разных вариантов общения — это уже объемный взгляд, помогающий избирательно двигаться в разных ситуациях, слышать, что действительно стоит за словами разных людей. И главное, на-

верное, узреть собственную внутреннюю темноту, эгоизм, желание критиковать, ничего не создавая. Услышать внутренним ухом мысли страха, ревности, зависти, победы любой ценой. О, как это порой неприятно! Но у каждого из нас есть шанс иногда за шкуру перенести себя в другую систему координат, где мы любим и любимы, светлы, тактичны, милосердны, где мы не выживаем, а творим.

5. Слепота, глухота, их сочетанность, другие проблемы, осложняющие не только социальную адаптацию человека, практически сводят на нет возможность не осознавать каждое мгновение своей жизни. То, что принято называть "ударами судьбы", можно воспринять как повод к очищению себя и своей жизни от бутафории, неестественности, театральных масок. Уже без розовых очков, чужих мнений и представлений увидеть различие между истинными для тебя ценностями и мишурой. Осложнение материальной стороны жизни, особенно быта тела, разворачивает внимание к другим аспектам бытия. Помогает задуматься, стоит ли продолжать поддерживать своими силами и временем привычные роли и маски в чужих сценариях.

Здесь начинает заканчиваться война, прежде всего, с собой. На суженном инвалидностью пространстве, где можно было бы еще долго доказывать себе и другим, что ты слепой и поэтому тебе нужно помогать и жалеть тебя, или что ты силен в том, что под силу только зрячему, и поэтому достоин похвалы и особого интереса к себе. Начать воссоздавать себя, понять, для чего даны ограничения, расширить свое пространство, сознательно развязывая канаты зависимости себя и других, трансформировать внутренние стены, ибо из них произрастает внешняя слепота и глухота.

С благодарностью отдавая долги, учась двигаться мягко, гибко, уважительно по видимым сердцем траекториям, принять все и всех, увидев, что и ты лишь часть целого, создавать радостным каждый свой день.

6. Уроки слепоты и ее сочетания с другими дефектами могут заключаться в том, что благодаря опыту жизни с восприятием мира, недоступным для света, человек учится возвращать свет внутри себя, уважать и ценить свет других людей. Бережно относиться к гармонии жизни, принять ее постоянную изменчивость, открыться любви, добру, милосердию и стать их проводником, способствовать своим существованием развитию жизни на Земле. С чего же начать?

7. Положительный жизненный настрой.

Непросто быть зрячим и слышащим в высшем смысле, внимательным к мыслям. А ведь мысли — это тонкая и мощная энергия воздействия на жизнь. О чем мы думаем, то и развивается в действительности. О чем мы мыслим и как — то и происходит.

Мысль материальна и, запущенная в пространство, возвращается бумерангом, когда мы о ней зачастую уже и забыли.

Об этике мышления много говорится и пишется. Говорят даже о диете мыслей! Каждый из нас, знаем мы об этом или нет, несет ответственность, проводником каких мыслей, позитивных или негативных, он является. Ведь

в наших руках находится кисть, которой мы окрашиваем эти послания энергии, тем самым рисуя свою собственную жизнь.

А почему бы не попробовать меньше сорить мыслями? Даже маленький шаг на этом пути важен. Отрадно, что при движении к этой чистой цели, вовсе не надо с чем-то бороться. Просто взять себе за правило думать обо всем и обо всех хорошее. Как будто в примелькавшейся темноте взять в руки яркий фонарик и начать вытаскивать на свет разные объекты: события, людей, их отношения с тобой, погоду, настроение, свое физическое состояние. Искать и находить свет во всем.

Почему бы не попробовать? Чем кормить собою сожаления об уже не состоявшемся прошлом или страхи о еще не существующем будущем. Почему бы не попробовать быть здесь и сейчас? Тем более, что мы можем сколько угодно предполагать свою дорогу, а жизнь возьмет, да поднимет ее и перенесет, куда посчитает нужным.

На наших занятиях мы обсуждаем, что делать, если возникает неприятная картинка, образ опасной ситуации, негативная мысль. Тут помогает понимание того, что хотя на экране нашего сознания с огромной скоростью проносится великое множество мыслеобразов, в каждый данный момент перед внутренними глазами и ушами кадр только один. Можно его остановить и погрузиться в негатив. А можно усилием воли поставить позитивный кадр. Говорят ведь: "Не ругай ребенка — отвлеки его".

Если к нам опять заглядывает непрошенная гостья ("опять", потому что большинство негативных мыслей муссируются изо дня в день нашим сознанием), мы, не давая ей расположиться в своем доме, раз мы в нем хозяева, эмоционально совершенно не реагируем на ее приход и спокойно говорим: "Стоп. Это чужое". А что же свое? Это то, что я предпочитаю осознанно. Я выбираю любовь, жизнь, здоровье, истинные отношения... Продолжением наших мыслей вырастают наши слова, в том числе и те, которые при немоте доносятся до окружающих посредством специальных навыков. Слова тоже бумеранги. Окрашенные нашими индивидуальными эмоциональными метками, они точно возвращаются по адресу отправителя. Вот и получается: осуждаешь, негативно отзываешься о другом, а разрушаешь самого себя. Бояться, ревновать, завидовать, суесться, унывать нас уже учили. Попробуем создавать свою жизнь живой и в свете.

8. Где искать истоки того сверхэсперанто, универсального языка общения? Как люди видят, слышат, знают друг о друге, даже на значительных расстояниях, вне пределов видимости и слышимости? Как, не владея птичьим языком, мы знаем, о чем поет лес, что говорит всему нашему существу то мягко и тепло, то холодно и порывисто, ветер? О чем гулко отзывается под нашими стопами земля? И как понятно солнце, которое светит для всех и говорит на ясном для каждого языке? Вокруг все живое, все общается. Начнешь растворять внутренние преграды, распахнешь сердце — и найдутся сами собой нужные слова, для этого момента нужное касание, спонтанный шуточный жест.

А открытость подвигнет к обучению специальным навыкам общения, будь то язык мимики и жестов или письмо по Брайлю. Мы все, каждый со своими внутренними и внешними дефектами восприятия, учась взаимоотношениям, помогаем друг другу возвращать человеческое.

Что есть жизнь на самом деле? Для чего каждый из нас? Откуда и куда? Что это за этические законы мироздания, послушание которым позволяет и в атоме отразиться истории развития Вселенной?

Из чего соткан тот свет, который оформляется сознанием как образ и воспринимается как цвет, вкус, звук, запах? И что находится за пустотой и тишиной? Может и среди людей, которые считаются ограниченными в своем восприятии слепоглухотой, есть те, кто неведомым образом близки к ответам без вопросов.

Слепой старец сидел в тени храма. "Это великий мудрец" — говорили о нем люди. Один любопытный приблизился к нему и спросил: "О почтеннейший, прости меня, но как ты ослеп?"

"Я слеп от рождения" — ответил старец.

"Каким путем мудрости ты следуешь?" — продолжал расспрашивать прохожий. "Я астроном — ответил мудрец — Я наблюдаю за солнцем и звездами".

Немой вопрос застыл в глазах человека...

"Они здесь", — добавил старец, приложив руку к своему сердцу."

Шкляев А.В. "Ждать и надеяться"

Взаимоотношения слепоглухих инвалидов, страдающих отсутствием звукопроизносительной речи, со слышащими и говорящими людьми требуют обоюдных усилий.

Непременным условием реализации успешных и продуктивных взаимоотношений должно быть желание сотрудничать в быту, учёбе, труде. Помимо желаний обе стороны должны выбрать взаимоприемлемый способ обмена мыслями. Здесь уже на первый план выступают наиболее значимые факторы:

— что связывает "собеседников"? — семья, учебное заведение, место работы;

— необходимость или вынужденность общения в эпизодических ситуациях (на общественном транспорте, в поликлинике, аптеке, магазине, на рынке, в санатории, спортивном зале, фитнес-клубе, на морском пляже и пр.);

— степень владения специальными способами общения (жестовая речь, дактильная, умение писать печатными буквами и цифрами пальцем на ладони или спине собеседника и воспринимать написанное тем же способом, владение системой Брайля;

— умение пользоваться техническими средствами коммуникации (персональный компьютер, мобильная телефонная связь, расшифровка с помо-

щью ПК текстовых и звукоречевых информационных сообщений, получаемых с различных цифровых электронных носителей);

— умение пользоваться простейшими портативными техническими средствами общения со зрячеслышащими и незрячими (трафареты для плоского письма на бумаге, брайлевский механический коммуникатор, алфавитная карточка слепоглухого).

Подбор способа общения производится с обязательным учётом:

— тяжести дефекта зрения и слуха (тотальная слепота или слабовидение, полная глухота или тугоухость, иные патологии в сочетании с патологиями зрения и слуха);

— стажа дефектов органов зрения и слуха.

Обучение слепоглухого инвалида специальным приёмам общения со зрячими или незрячими лучше всего начинать с раннего детства и это доказано сложившейся практикой в специализированном реабилитационном центре в Сергиевом Посаде. Что же касается лиц, ставших слепоглухими в самостоятельном возрасте, с ними всё обстоит гораздо сложнее.

Но самая сложная ситуация складывается у физически полноценных людей, которым приходится, находясь постоянно рядом со слепоглухим, вынужденно начинать с азов, чтобы на деле помочь инвалиду. Как правило, успехов добиваются самые любящие и преданные. Но таких, к сожалению, гораздо меньше, чем равнодушных.

Наблюдая за здоровыми людьми, можно отметить, что они с удовольствием тянутся к общению с крепкими, молодыми и красивыми, но избегают и даже брезгуют теми, кто страдает и от этого становится недоверчивым и грустным пессимистом. Чтобы сбылись пророческие слова Л.С. Выготского "человечество победит слепоту, глухоту и слабоумие, но сделает оно это намного раньше социально и педагогически, нежели медицински и биологически", потребуются совместные усилия многих людей и займёт это немало времени.

3. ОКРУЖАЮЩИЕ В ВОСПРИЯТИИ СЛЕПОГЛУХИХ

Слепоглухие по-разному воспринимают отношение к себе со стороны окружающих людей и в соответствии со своими личностными особенностями, мировосприятием, характером строят взаимоотношения с ними. Равно как и сами окружающие — со слепоглухими. Процесс этот носит взаимный, активный с обеих сторон характер. Но обе стороны могут воспринимать друг друга по-разному и соответственно по-разному относиться друг к другу.

Очень важную роль во взаимодействиях слепоглухих с окружающей средой и людьми играет полнота информации (чувственной, речевой), получаемой извне. Понятно, что объём этой информации у слепоглухих гораздо ограниченнее, гораздо более усечённый, чем у зрячих и слышащих и даже у глухих с нормальным зрением или у слепых с полноценным слухом.

Недостающую чувственную (зрительную и/или слуховую) информацию извне слепоглухие обычно компенсируют, "восполняют" за счёт внутренних

ресурсов своего ранее приобретённого личного опыта, посредством мышления, воображения, интуиции. Чем позже человек становится слепоглухим, тем богаче обычно у него эти внутренние ресурсы личного опыта (по части зрительно-слуховых образов и представлений, вкуче с эмоциональными впечатлениями). У него появляется больше возможностей "восполнять" скудную чувственную (как правило, тактильно-двигательную и/или усечённую зрительную и/или слуховую) и неполную, предельно сокращённую речевую информацию, получаемую в процессе взаимодействия и общения с внешним миром и окружающими людьми.

Однако, наряду с ресурсами личного опыта в процессе взаимодействия и общения с внешним миром и людьми очень важную роль играет также и жизненная позиция человека, включающая в себя совокупность устойчивых запросов и потребностей к миру, стереотипов отношения к людям, нравственно-этических ценностей. Это касается и слепоглухих, но у них есть некоторые особенности, накладываемые общими проблемами положения инвалидов в обществе, историей развития отношения общества к инвалидам на государственном и социально-личностном уровнях.

Как известно, положение инвалидов в обществе в более ранние исторические периоды было неблагоприятным, убогим, очень медленно претерпевало изменения в лучшую сторону. Инвалиды, в том числе и слепоглухие, были в основном объектами презрения, находились в абсолютной социальной изоляции — либо в семьях, либо в богадельнях при монастырях, либо в приютах, либо при больницах. В обществе занимали самые периферийные, теневые места. Практически не было системы обучения и реабилитации и тем более трудоустройства слепоглухих. Все эти обстоятельства не могли не отразиться на формировании отношения общества и государства к слепоглухим, представления о них в общественном сознании, на формировании соответствующей, "инвалидной" психологии этой категории людей, в том числе слепоглухих. И лишь отдельные, считанные единицы — незаурядные по способностям и уровню развития слепоглухие "пробивались в люди" — благодаря своему социальному положению в обществе, либо усилиям и связям родных или талантливых педагогов, либо собственной настойчивости и целеустремленности (такие, как Элен Келлер в Америке, Дмитрий Оболенский, Ольга Скороходова в России).

Небезынтересно проследить, как все эти обстоятельства проявляются во взаимоотношениях между слепоглухими и разными категориями окружающих людей.

Начнём с зрячеслышащих. В восприятии слепоглухих они выступают как обладатели максимальных возможностей помощи им, как самые "выгодные" из всех категорий окружающих партнеры по деловому сотрудничеству (при сопровождении, выполнении разного рода просьб, посредничестве в общении с другими людьми, должностными лицами). В то же время слепоглухие, особенно жестовики, отдают себе отчёт в том, что со зрячеслышащими трудно общаться из-за незнания ими специальных средств общения. Слабовидящим глухим или слабослышащим ещё удаётся налаживать кон-

такт со зрячеслышащими — либо посредством записок на бумаге, либо при помощи простых жестов, громкой речи (при остаточном слухе). Поэтому, в силу этих трудностей, общение между слепоглухими и зрячеслышащими носит кратковременный, деловой характер. Обе стороны не стремятся к разговору "по душам". Это в основном остаётся привилегией слабослышащих слепых или слабовидящих, имеющих внятную голосовую речь.

В итоге, "деловой" стиль общения между зрячеслышащими и слепоглухими обычно не способствует развитию дружеских отношений, взаимному открытию личности каждого, заинтересованность в контактах чаще носит односторонний, прагматический характер (обычно со стороны слепоглухих). Но иногда и зрячеслышащие имеют какую-то заинтересованность в контактах со слепоглухими — чаще всего тоже прагматическую (например, ради получения какой-то льготы от государства, вознаграждения). Однако, бывает и более "благородная" заинтересованность со стороны зрячеслышащих — желание послужить инвалидам, облегчить их положение, внести вклад в дело их реабилитации и интеграции в общество. Верующие люди нередко считают святым делом помогать "обездоленным" инвалидам, в том числе слепоглухим.

Интересно, что многие слепоглухие оценивают зрячеслышащих по степени доброго к ним отношения, не обязательно по количеству оказываемых им услуг. Они очень чувствительны к эмоциональному настрою зрячеслышащих. Обычно эмоциональное состояние человека определяется по выражению лица, глаз. Известно так же, что мимикой лица можно управлять так, чтобы придавать ему приветливое выражение даже когда настроение не очень хорошее. Слабовидящие могут не увидеть плохого настроения у зрячеслышащего по выражению лица. А вот тотально слепоглухих труднее "обмануть" — они осязательно следят за движениями рук и по ним определяют настроение и даже характер зрячеслышащих. Секрет здесь в том, что у людей обычно нет навыков контроля и управления движениями рук, как мимикой лица. Поэтому руки зрячеслышащих нередко их "выдают с головой". Именно по рукам зрячеслышащих слепоглухие (особенно тотальные или с очень маленьким остатком зрения) составляют своё мнение и отношение к конкретному зрячеслышащему. Если при тактильном контакте руки зрячеслышащего преимущественно свидетельствуют о плохом настроении, раздражении (в этом случае движения рук обычно резки, отрывисты), то у слепоглухого может сложиться устойчивое мнение, что данный зрячеслышащий всегда мрачен, раздражителен и неприятен, предрасположен к конфликтам. Конечно, это может не всегда соответствовать действительности. Но тем не менее, эти психологические обстоятельства следует принимать во внимание при анализе проблемы взаимоотношений между слепоглухими и окружающими людьми.

Категория глухих. Слепоглухие, пришедшие из среды глухих (родившиеся глухими и потерявшие зрение в разное время) остаются причастными к миру глухих, их психологии. Лучше положение у слабовидящих глухих, которым удаётся сохранить прежних друзей среди глухих с нормальным

зрением и продолжать общаться с ними на досуге. Гораздо хуже практически или тотально слепоглухим. Обычно глухие друзья оставляют их, не выдерживая трудностей общения с ними и их депрессивного состояния. Теряя друзей, общение с ними, тотально или практически слепоглухие, естественно, впадают в депрессию, иные доходят даже до суицидных мыслей. И практически никто, даже родные, не могут им помочь (порой и они ударяются в ту же крайность, ещё больше усугубляя положение слепоглухому).

Но если слепоглухим удаётся вступить в контакт с глухими, то их общение преимущественно носит межличностный характер, что жизненно для них важнее, чем "деловое" общение (которое обычно преобладает между слепоглухими и зрячеслышащими). От делового сотрудничества глухие чаще всего отказываются, мотивируя это неумением общаться со "слепыми" (а нередко просто боятся соприкосновений с руками слепоглухого) и незнанием, как им помогать. Отзываются лишь очень близкие и давние друзья.

Инвалиды по зрению. Хотя слепоглухие в большинстве своём находятся в системе ВОС, у них чаще всего не складываются отношения с инвалидами по зрению, за редкими исключениями (как правило, это удаётся слепоглухим с хорошо развитой голосовой и письменной речью). Сами инвалиды по зрению предпочитают общаться со слепоглухими "словесниками", для общения с которыми не требуется овладеть специальными средствами общения — достаточно приспособиться к форме общения посредством громкой и чуть замедленной речи (со слабослышащими) или посредством письма по системе брайля (с глухими, знающими брайль). С жестовиками инвалиды по зрению обычно не общаются из-за отсутствия доступных средств общения. Иногда они вступают в кратковременное общение через посредников. Не имея прямого общения, у обеих сторон обычно нет адекватного и полного представления друг о друге. Они что-то знают друг о друге "понаслышке", что приводит нередко к неадекватному восприятию и непониманию друг друга. Порой инвалиды по зрению начинают протестовать против нахождения слепоглухих в их коллективе (на предприятии, в местной организации), требовать удаления и изоляции их (например, когда слепоглухие пытаются пройти без очереди за зарплатой или за едой в столовой предприятия). И здесь нужно вмешательство специалистов, занимающихся реабилитацией слепоглухих или других инвалидов-активистов, более-менее знакомых с проблемами слепоглухоты, проведение информационно-разъяснительной работы.

ЧАСТЬ III. ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ОБЩЕНИЯ СО СЛЕПОГЛУХИМИ

(ТРЕБОВАНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ)

1. НЕКОТОРЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА И ТРЕБОВАНИЯ К ВЗАИМООТНОШЕНИЯМ И ОБЩЕНИЮ СО СЛЕПОГЛУХИМИ

— Не "смотрите сверху вниз" на слепоглухих и других инвалидов, в чём-то уступающих вам (в своих способностях, возможностях), относиться к ним пренебрежительно, "возвышаться" над ними. К сожалению, нередко зрячеслышащие, хотя и оказывают большую помощь слепоглухим, не могут позволить себе быть с ними на равных. А слепоглухие, которым больше "повезло в жизни", или говорящие посредством обычной словесной речи поздно оглохшие, часто откровенно пренебрегают общением с глухорожденными слепоглухими, говорящими на жестовом языке, считая их неполноценными и убогими людьми.

Отношение к другому человеку "сверху вниз" обычно проявляется в пренебрежительности, высокомерности, в отношении к взрослому слепоглухому как к ребёнку или как к неполноценному (в интеллектуальном и личностном развитии) человеку.

К самым простым, "безобидным" и наиболее распространённым формам проявления такого отношения к слепоглухим со стороны зрячеслышащих или других инвалидов-"словесников" можно отнести привычку обращаться к слепоглухому на "ты", называть его только по имени (даже в уменьшительной форме) — как в непосредственном общении с ним, так и в разговорах с другими о нём как третьем лице. В то же время для этих же людей кажется диким и некультурным, когда сами слепоглухие обращаются к ним на "ты" и называют их только по имени. (Имеются в виду не те случаи, когда обращение на "ты" и название только по имени допускается общим этикетом — отношения между близкими друзьями, родственниками, взрослыми и детьми).

Другим, более неприятным, но довольно распространённым примером отношения "сверху вниз" может служить ситуация, когда зрячеслышащий с недоверием относится к информации и мнению слепоглухого, особенно "жестовика", полагая, что он в силу своей глухоты и неполноценной словесной речи неадекватно воспринимает и интерпретирует события, особенно в конфликтных ситуациях. Если рядом со слепоглухим жестовиком оказывается другой слепоглухой, но словесник, с нормальной голосовой речью, то зрячеслышащий предпочитает доверять его информации, даже если она искажена (скажем, по личным мотивам по отношению к жестовику). Он даже не задумывается над тем, нужно ли проверить истинность суждений слепоглухого или незрячего словесника, верит его мнению и оценке в отношении жестовика. Таким образом, жестовик нередко оказывается без вины виноватым в конфликтной ситуации, не может себя "реабилитировать" в глазах окружающих. И самое неприятное — то, что нередко ошибочное мне-

ние о слепоглухом жестовике распространяется среди окружающих, провоцируя и формируя их негативное отношение к слепоглухому.

— Не допускайте распространения негативной информации о слепоглухом среди окружающих с целью изменения общего отношения к нему в худшую сторону, ибо это может затруднить слепоглухому доступ к общению с окружающими, получение добровольной (волонтерской, милосердной) помощи и обслуживания, усилить его социальную изоляцию.

— Сохраняйте конфиденциальность информации слепоглухого по его личным или интимным вопросам.

В жизни слепоглухих бывают ситуации, имеющие личный, интимный характер, но в которых они не в состоянии обойтись без помощи зрячеслышащего или другого инвалида, обычно слабовидящего. Например, снятие денег со сберкнижки, посещение врача (терапевта, уролога, гинеколога), нотариуса, написание под диктовку личных писем. Чтобы понять и почувствовать щепетильность этих ситуаций, достаточно представить себя на месте слепоглухого в подобной обстановке.

Ясно, что в аналогичных обстоятельствах ни зрячеслышащий, ни самостоятельный слабовидящий инвалид или глухой с нормальным зрением не будут показывать другим свои сберкнижки, разглашать свои интимные дела по медицинской линии. Конфиденциальность их личной информации им гарантирована ими же самими. А вот для слепоглухих эти гарантии уже невозможны. Поэтому здесь приходится вводить этическое правило для помощников слепоглухих о соблюдении конфиденциальности информации слепоглухих, связанной с их личной жизнью. Иначе вольно или невольно можно спровоцировать ненужные и опасные пересуды среди окружающих слепоглухих людей, влияние на общественное мнение не в их пользу.

— Не позволяйте себе принимать решения за взрослого слепоглухого (если он дееспособен и Вы не являетесь его официальным опекуном). В любом деле, касающемся непосредственно слепоглухого, — бытовом, гражданско-правовом, профессиональном и т.д. Вы должны узнать его решение, пожелание, прежде чем выполнять его. У слепоглухого могут возникнуть затруднения в принятии решения из-за недостаточной информированности о предмете сотрудничества со зрячеслышащим или другим помогающим инвалидом (например, при выборе товара в магазине, меню в кафе, определении программы совместной прогулки или делового визита, при совершении юридических действий — оформления и подписания документов). В этом случае ему необходимо дать более подробные и исчерпывающие сведения об этом предмете, тщательно зачитать содержание документа или можно дать советы — по просьбе слепоглухого. Нужно дождаться собственного решения слепоглухого, после чего можно начинать требуемые действия.

Конечно, для зрячеслышащего или другого помогающего инвалида это требование может показаться трудным и громоздким, они предпочли бы поступать обычным образом — всё брать на себя и помогать слепоглухому

по своему усмотрению и удобству. Однако, этот путь чреват опасными и неприятными для обеих сторон последствиями.

Для слепоглухих это может обернуться утратой самостоятельности и инициативности в их действиях и поступках, а значит, и исключением возможности подлинной реабилитации (общественной, личностной), превращением образа их жизни и отношения к окружающим людям в иждивенческое — вплоть до паразитизма. Надо иметь в виду, что в этом будут повинны в первую очередь не слепоглухие, а зрячеслышащие и другие "опекающие" инвалиды.

С другой стороны, для зрячеслышащих, это грозит превращением слепоглухих из активных партнеров (субъектов) совместной деятельности или сотрудничества в объекты авторитарной деятельности. Причём эти "объекты" опеки, заботы могут по-разному реагировать на действия другого человека: либо пассивно (лучший и "удобный" случай), либо требовательно, с претензиями, вплоть до агрессивности. А если "опекающая" сторона будет постоянно иметь дело со слепоглухими — по роду профессиональной деятельности или в силу родственных, приятельских уз, — то "объекты" её деятельности будут всё больше и больше вызывать чувство неудовлетворённости, дискомфорта, рост раздражительности вплоть до стремления к жёсткому диктату над слепоглухими, подавлению любой их инициативы и волеизъявления. И здесь налицо хроническая конфликтная ситуация, лучшим лекарством от которой обычно может быть просто уход от слепоглухих, смена места работы (для зрячеслышащих) или разрыв слепоглухим отношений с неприятным человеком...

А эти этические правила больше обращены к слепоглухим:

— Надо уметь быть благодарным любому человеку — инвалиду или здоровому — за оказываемые вам услуги и помощь, даже маленькую, незначительную. Не стремитесь обязывать его помогать и обслуживать вас (особенно, если это добровольный помощник). Старайтесь сами чем-то помочь другим. Бывает так, что слепоглухие, даже образованные, принимают помощь зрячих и слышащих добровольцев или штатных работников как ДОЛЖНОЕ, забывая отвечать им элементарной благодарностью (не обязательно словами, это можно выражать соответствующим отношением к помогающим). В случае неудовлетворенности полученной помощью или из сопернических побуждений другой организации, они начинают предъявлять претензии к помощникам, принижать их достоинство, превознося помощников из соперничающей организации.

— Не ленитесь всю жизнь учиться культуре взаимоотношений с людьми, новым навыкам и технологиям общения с ними, взаимодействиям с окружающей средой, познавать мир, обогащаться духовно. Важно добиваться того, чтобы зрячеслышащим помощникам было с вами интересно в общении и сотрудничестве; добиваться того чтобы они не ощущали свой труд в качестве ваших помощников тяжкой повинностью и не думали о том, что надо найти другую работу.

— По возможности не обременяйте окружающих своими страданиями, которые они не в силах облегчить; ни в коем случае не упрекайте, не обвиняйте их за невозможность или неспособность в чём-то помочь вам, умеете прощать им слабости.

— Зато будьте требовательны и строги к самим себе, настойчиво добивайтесь своего самосовершенствования и расширения своих возможностей активного и плодотворного участия в жизни себе подобных и даже не инвалидов. Не учите других тому, чем сами практически не владеете, не умеете (особенно в области личностных, духовных качеств)! Это только портит впечатление у помощников и окружающих о вас.

2. КАК ВЕСТИ СЕБЯ СО СЛЕПОГЛУХИМИ В РАЗНЫХ СИТУАЦИЯХ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И СОВЕТЫ)

— Когда вы обращаетесь к человеку с нарушением зрения и слуха, прикасайтесь рукой к его плечу. Иначе он не узнает, что вы к нему обращаетесь.

— Спрашивайте, нужна ли инвалиду ваша помощь. Если помощь не нужна, то не навязывайте её.

— Когда вы хотите проводить инвалида по зрению и слуху, то подставьте ему вашу руку. Удобно ходить, если вы идёте впереди, а инвалид держит вас за руку выше локтя.

— Представляя слепоглухого зрячему и наоборот, разверните его (слепоглухого) в ту сторону, в которую он должен повернуться.

— Если даёте слепоглухому в руку что-то для ознакомления, не избегайте слова "посмотри", не удивляйтесь, если он Вам скажет: "Я это уже видел".

— Когда вы рассказываете, где какое-то место находится, употребляйте слова "справа", "слева", "впереди" и т.д. Слово "там" ничего не означает для человека с глубоким нарушением зрения.

— Избегайте разговоров о причинах инвалидности из любопытства. Многие люди не любят рассказывать о причинах своей инвалидности, о своих переживаниях по этому поводу.

— Находясь со слепоглухим, не выставляйте его "напоказ".

— Если вы заметили, что незрячий с нарушением слуха проявил интерес к внешности того или иного человека, старайтесь обрисовать её доходчиво и тактично по отношению к тому человеку, к которому проявлен интерес.

— Если оставляете слепоглухого человека одного в каком-либо помещении при включённом свете, не принимайте решения сами, узнайте у него, оставить свет включённым или выключить его. У многих слепоглухих есть остаточное форменное (предметное) зрение или светоощущение и при свете им комфортнее. Более того, если поле зрения сильно сужено (так называемое туннельное зрение), то комфортно человек чувствует себя только при ярком освещении.

— Зрячим в присутствии человека с глубоким нарушением зрения, к которым относятся слепоглухие, нужно избегать объяснений только с помощью мимики и жестов. Инвалиды по зрению замечают это и чувствуют себя исключёнными из общения.

— При встрече со знакомым вам человеком с нарушением зрения и слуха, если считаете, что он не узнал вас, поприветствовав его, назовите себя. Не предлагайте узнать вас. Дело в том, что при нарушении зрения и слуха страдают как зрительная, так и слуховая память, поэтому соответствующие образы людей, даже тех, с которыми человек общался достаточно часто, формируются долго, что и затрудняет узнавание.

— Имейте в виду, что для слепоглохого, как для инвалидов по зрению, важен строго установленный порядок на рабочем месте, в цехе, на территории.

— Вещь, документ, записку, деньги необходимо подать слепоглохому в руки, за исключением тех случаев, когда он сам говорит, куда это надо положить. Иначе слепой много времени потратит на поиски.

— Если это необходимо, деликатно помогите инвалиду с нарушением зрения и слуха советом по улучшению его осанки, внешнего вида, протезированию глаз, подбору очков и т.п. Если обнаружите какой-либо дефект или погрешность в одежде, не стесняйтесь, обратите на это его внимание.

— Не оставляйте в проходах тележки, ящики и другие предметы, которые могут помешать ориентировке и передвижению инвалидов по зрению и слуху.

— В местах передвижения слепых не оставляйте двери полуоткрытыми.

— Необходимо информировать слепоглохого, как и всякого незрячего, об изменениях в окружающей среде: переставлена мебель (на работе или дома), перекопы на территории, закрытие улиц и т.п.

— Когда читаете письмо или какой-нибудь документ, надо для убедительности дать слепоглохому его потрогать.

— Не заменяйте чтения кратким пересказом содержания. Это особенно относится к документам, под которыми инвалид должен поставить свою подпись. Помните, что инвалидность не освобождает слепоглохого от ответственности, установленной законом.

— Читающий не должен распространять содержание прочитанного в корреспонденции незрячего.

— Если слепоглохой обратился к вам за помощью по вопросу, носящему интимный характер (посещение врача, сберкасса; чтение письма), вы обязаны хранить это в тайне.

— Если хотите ознакомить незрячего с нарушением слуха с каким-либо предметом, не водите с силой его руку по поверхности, а слегка направьте руку на предмет, создайте такие условия, чтобы он мог свободно потрогать его руками.

— Зрячеслышаший обнаружил, что слепоглохому необходимо взять конкретный предмет, но сделать он этого без посторонней помощи не мо-

жет, или он сам попросил о помощи. В таком случае не следует брать руку слепого за кисть с тыльной стороны запястья, тянуть его к предмету и его же рукой брать предмет. Лучше самому подать предмет или привести руку слепого на него. Из этого правила, в зависимости от обстоятельств, могут быть исключения.

— Когда показываете изделия, предметы, всегда разрешайте инвалиду по зрению щупать их.

— В условиях "шведского стола" надо всегда информировать слепоглухого, как незрячего, что из еды находится на столе, чтобы он мог выбрать по своему вкусу. Необходимо обратить внимание на желаемое количество.

— Не предлагайте слепоглухому ложку, когда требуется вилка, сверхпрочные массивные вещи, небьющуюся посуду и т.п. Не давайте столовые приборы в руки, не кладите их и в его тарелку. Он всё это найдёт сам. Информировав о содержимом тарелки, пользуйтесь схемой циферблата, которая слепоглухим известна: 9 — мясо, 12 — картофель, 6 — горох, 3 — огурцы и т.п.

— Если в тарелке большой кусок мяса, спросите незрячего с нарушением слуха, не хочет ли он, чтобы мясо порезали. Если да, то порежьте на мелкие кусочки, какие сами отрезаете себе при еде.

— В новой обстановке слепоглухому необходимо показать, где находится туалет. Показать кабину, умывальник. Если он курит, предложите ему отдельную пепельницу.

— В магазине слепоглухому очень трудно сделать нужную покупку. При оказании помощи постарайтесь создать такие условия, чтобы он мог свободно, не спеша, выбрать необходимую вещь (пальто, костюм и др.), примерить. Обратитесь за советом к продавцу.

— Если у слепоглухого есть остаточный слух, то расскажите ему о ценах и качестве продукции, так как он не может прочесть эту информацию. Сообщите также о скидках. В противном случае информацию следует дать, используя один из способов коммуникации людей с рассматриваемой инвалидностью (см. Приложения). Практически все слепоглухие умеют достаточно понятно говорить, поэтому вопросы они в состоянии задать сами, главное — постараться на них точно ответить.

— При расчёте со слепоглухим следует информировать его, сколько и какими купюрами он получил сдачу. Подавайте инвалиду по зрению деньги в руки и при этом говорите, в каком порядке лежат бумажные купюры. Товары тоже нужно давать в руки, а не складывать их на прилавок.

— Общаясь со слепоглухим, помните о том, что какой бы сложной ни была эта инвалидность, это обычный человек. Каждому из нас иногда нужна помощь. Самое главное во всём общении — это гуманность и чуткость к потребностям и мыслям другого человека.

ЧАСТЬ IV. ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОБЩЕНИЯ СЛЕПОГЛУХИХ

1. ДАКТИЛОЛОГИЯ — РУЧНАЯ АЗБУКА

Дактилология — это пальцевая азбука, которая представляет собой пальцевое изображение букв национального языка. Такие пальцевые изображения используются при общении с человеком, который потерял или теряет слух.

Считается, что первую дактильную азбуку опубликовали в 1593 году в Испании. Впервые дактильная пальцевая азбука для обучения глухих детей была применена испанским монахом Педро Де Леоном в XVI веке.

Дактилология не является языком, так как точно следует за грамматическим строем национального языка. Дактилология может использоваться визуально, то есть, мы показываем букву за буквой перед глазами того, к кому адресована наша мысль.

При потере слуха и зрения дактилология используется контактно, то есть, "проговариваемые" таким способом буквы передаются такому человеку в его руку. Для запоминания дактильного пальцевого алфавита не требуется много времени. Значительно большего времени требует совершенствование техники и темпа "говорения" с помощью дактилологии.

Правила коммуникации с помощью дактилологии с человеком с нарушением слуха и зрения:

1. При общении с помощью дактилологии старайтесь предъявлять буквы чётко.

2. При использовании дактильного алфавита двигались только пальцы, а не вся кисть или рука.

3. Не старайтесь угнаться за скоростью звуковой речи.

4. Посоветуйтесь (или понаблюдайте), на каком расстоянии ваш собеседник, у которого есть проблемы со зрением и слухом, может воспринимать вашу дактилирующую руку в процессе общения.



2. ДЕРМОГРАФИЯ — ПИСЬМО НА ЛАДОНИ

Есть два возможных способа использования дермографии:

1. Пальцем слепоглухого человека или говорящего с ним, либо тупым (не красящим) концом ручки или карандаша писать печатные буквы на ладони воспринимающего речь.

2. Можно писать буквы пальцем воспринимающего речь на любой плоской и ровной поверхности.

О скорости написания и величине букв лучше справиться у слепоглухого человека, с которым вы общаетесь.

Следуйте стрелочкам, указывающим направление написания деталей букв.

Это средство общения является самым простым и доступным как для



слепоглухого (если оно ему знакомо), так и для окружающих людей, не требует специального изучения. Оно основано на русском или другом национальном алфавите, буквы которого выводятся указательным пальцем на ладони правой (обычно) руки слепоглухого. Чаще всего, слепоглухой лучше воспринимает и понимает буквы в плоскочечатном исполнении. Так как осязательно легче воспринимать и запоминать символы из прямых линий и простых дугообразных или круговых кривых, а не из зигзагов и завитушек (когда пишут рукописным почерком).

Методика письма на ладони очень проста:

1. Спокойно, без резких движений, возьмите правую руку слепоглухого, разверните её ладонью вверх.

2. Своим указательным пальцем правой руки начинайте плавно, по возможности без отрыва от ладони, выводить нужные печатные буквы. Не делайте большого нажима пальцем на ладонь слепоглухого. Выводите достаточно крупные буквы — в центре ладони, все буквы на одном месте.

3. Между словами делайте небольшие паузы. По возможности используйте знаки пунктуации — главным образом, точки в конце фразы. Вместо точек можно использовать разные знаки движениями Вашей руки, например, поглаживанием или лёгким похлопыванием Вашей ладонью по ладони слепоглухого.

4. Если Вы ошиблись и хотите исправиться, то "сотрите" "написанное", проведя Вашей ладонью несколько движений из стороны в сторону по ладони слепоглухого.

5. Не отбрасывайте другую руку слепоглухого, если он кладёт на Вашу пишущую руку и хочет следить за Вашими движениями (так ему легче воспринимать то, что Вы "пишете").

Некоторые слепоглухие и их собеседники используют другие формы письма: либо указательным пальцем слепоглухого выводят буквы на поверхности стола, либо рисуют буквы в воздухе перед глазами слабо-видящего глухого, либо (чаще всего) просто пишут записки на бумаге крупным шрифтом. Бывают случаи, когда слепоглухому "пишут" на груди или на лбу (если у него нет рук). Бывает также, когда слепоглухой научается воспринимать на руке письмо рукописным почерком в строчку — от ладони до локтевого сустава или наоборот, и довольно быстро.

3. РЕЛЬЕФНО-ТОЧЕЧНАЯ СИСТЕМА БРАЙЛЯ

Это рельефно-точечный шрифт для слепых. Он был изобретён в 1829 году французским незрячим тифлопедагогом Людовиком (Луи) Брайлем. В основе этого шрифта лежит шеститочие. Оно даёт 63 комбинации точек, с помощью которых изображаются буквы алфавитов всех языков, знаки математических действий, ноты.

Компьютерный шрифт Брайля является восьмиточечным. С помощью системы Брайля можно слышащему или слабослышащему слепому общаться с любым слепоглухим, владеющим этим шрифтом.

АЛФАВИТ

⠠	А - 1	⠠	К - 13	⠠	Х - 125
⠠	Б - 12	⠠	Л - 123	⠠	Ц - 14
⠠	В - 2456	⠠	М - 134	⠠	Ч - 12345
⠠	Г - 1245	⠠	Н - 1345	⠠	Ш - 156
⠠	Д - 145	⠠	О - 135	⠠	Щ - 1346
⠠	Е - 15	⠠	П - 1234	⠠	Ъ - 12356
⠠	Ё - 16	⠠	Р - 1235	⠠	Ы - 2346
⠠	Ж - 245	⠠	С - 234	⠠	Ь - 23456
⠠	З - 1356	⠠	Т - 2345	⠠	Э - 246
⠠	И - 24	⠠	У - 136	⠠	Ю - 1256
⠠	Й - 12346	⠠	Ф - 124	⠠	Я - 1246

ЦИФРЫ

⠠	цифровой	
⠠	знак	- 3 4 5 6
⠠	0	- 2 4 5
⠠	1	- 1
⠠	2	- 1 2
⠠	3	- 1 4
⠠	4	- 1 4 5
⠠	5	- 1 5
⠠	6	- 1 2 4
⠠	7	- 1 2 4 5
⠠	8	- 1 2 5
⠠	9	- 2 4

ЗНАКИ ПРЕПИНАНИЯ

⠠	!	- 2 3 5
⠠	?	- 2 6
⠠	•	- 2 5 6
⠠	,	- 2
⠠	;	- 2 3
⠠	:	- 2 5
⠠	-	- 3 6

Для общения с использованием системы Брайля используется прибор для письма по Брайлю, бумага (плотная перфокарточная) и металлический грифель. Можно также пользоваться прибором прямого чтения. В этом случае после прочтения написанное стирается, а затем на этом же месте делается новая запись.

В настоящее время открывается возможность для использования компьютера в качестве средства общения со слепоглухим человеком. Он должен иметь периферийное устройство — брайлевский дисплей. При этом собеседник набирает информацию для слепоглоухого на обычной клавиатуре, а слепоглоухой считывает информацию с брайлевского дисплея.

4. МЕТОД ЛОРМА

Азбука Лорма изобретена более ста лет назад в Германии. Ее автор - утративший слух слепой философ Генрих Ландесман, опубликовавший сообщение о своем изобретении под псевдонимом Иероним ЛОРМ.

ЛОРМ применяется для общения в Ганноверском центре реабилитации слепоглухих (Германия). Но с его помощью можно общаться и нам.

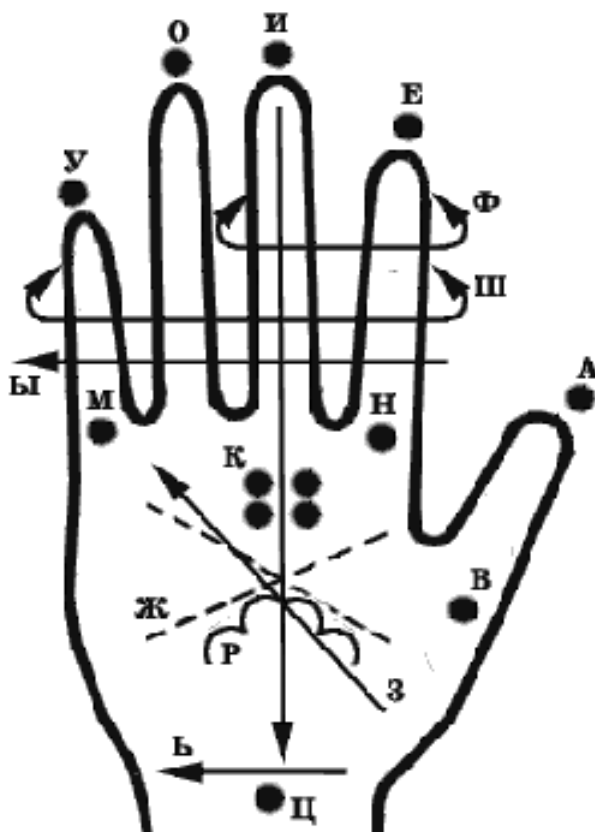
Однако не только для слепоглухих может быть полезна азбука ЛОРМ. Зрячие глухие могут общаться при помощи тактильной азбуки со слышащими слепыми. Но особенно полезна эта азбука для пожилых людей, теряющих зрение и слух, так как их пальцы уже не такие гибкие, чтобы пользоваться дактилологией, а ЛОРМ легко запомнить и применять.

Этот метод общения обычно применяется поздно оглохшими слепыми "словесниками". Он появился в западных странах (в Германии, Великобритании, Испании, Чехии). Техника азбуки Лорма достаточно несложна, основана на точечных или линейных прикосновениях пальцем собеседника к определённым участкам ладонной стороны правой руки слепоглухого, обозначающих буквы национального алфавита. Серией этих прикосновений к пальцам и ладони слепоглухого составляются слова и фразы. При соответствующей тренировке скорость прикосновений может достигаться достаточно высокая, и общение со слепоглухим приобретает непринуждённый характер.

В нашей стране русскую версию азбуки Лорма разработал Ю.Д. Крылатов (см. его учебное пособие и руководство "Азбука чутких рук", Л.: 1988).

(Далее следует иллюстрация Азбуки Лорма из "Азбуки чутких рук" Крылатова Ю.Д. и руководство к ней).

- У — прикосновение в виде точки
- О — точка на кончике безымянного пальца
- И — точка на кончике большого пальца
- Е — точка на кончике указательного пальца
- А — точка на кончике большого пальца
- В — точка на ладони у основания большого пальца
- Н — точка на ладони у основания указательного пальца
- М — точка на ладони у основания мизинца
- Ц — точка на запястном суставе у края ладони
- К — одновременное прикосновение к центру ладони слушателя собранных в



узелок кончиков всех пальцев говорящей руки, кроме большого пальца

Р — побарабанивание кончиками пальцев по ладони слушающего

Ж — два пересекающихся косых штриха поперек ладони

Л — длинный прямой штрих от кончика среднего пальца вдоль всей ладони

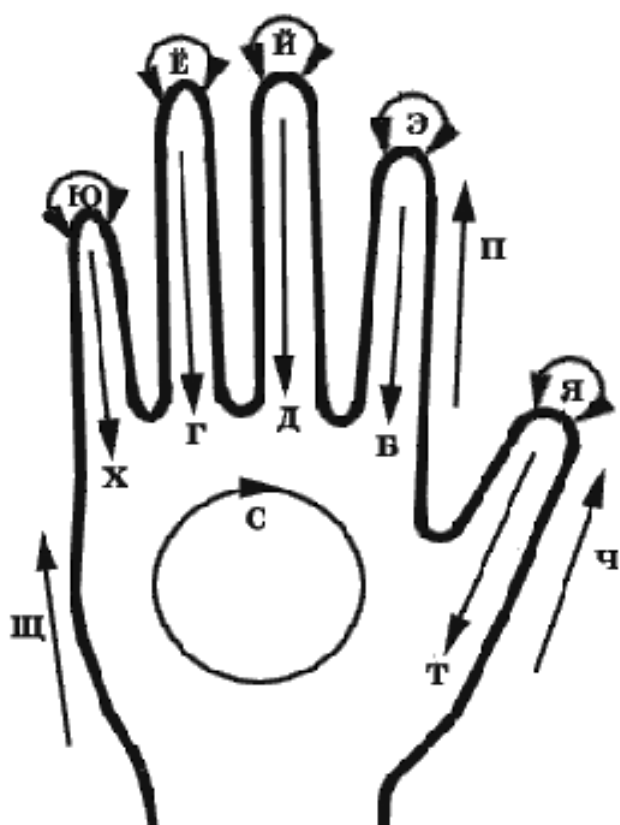
З — от основания большого пальца наискось через ладонь прямой штрих до основания мизинца

Ь — прямой штрих поперек запястного сустава у края ладони

Ы — поперечный прямой штрих через середину пальцев к мизинцу

Ф — легкое встречное сжатие двумя пальцами одновременно среднего и указательного пальцев с боков

Ш — легкое встречное сжатие двумя пальцами одновременно указательного пальца и мизинца с наружных боковых сторон



Ю — щипок за кончик мизинца

Ё — щипок за кончик безымянного пальца

Й — щипок за кончик среднего пальца

Э — щипок за кончик указательного пальца

Я — щипок за кончик большого пальца

Х — прямой штрих от кончика к основанию мизинца

Г — прямой штрих от кончика к основанию безымянного пальца

Д — прямой штрих от кончика к основанию среднего пальца

Б — прямой штрих от кончика к основанию указательного пальца

Т — прямой штрих от кончика к основанию большого пальца

Щ — прямой штрих вдоль ребра ладони до основания мизинца

П — прямой штрих от основания к кончику указательного пальца

Ч — прямой штрих от основания к кончику большого пальца

С — штрих в форме окружности на ладони

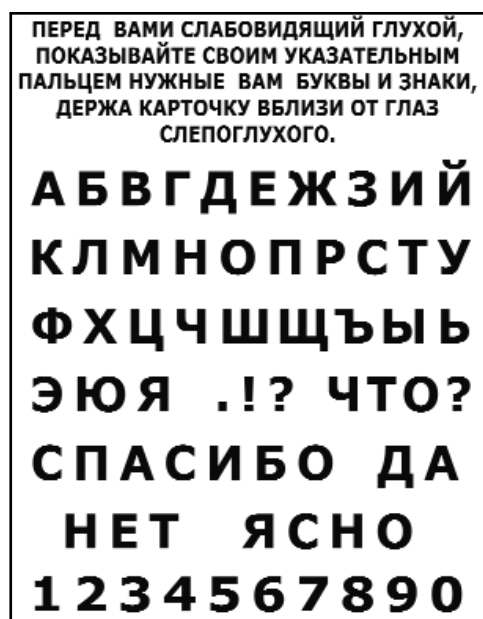
5. ЖЕСТОВЫЙ ЯЗЫК

			
здравствуй	прощай	привет	разговор
			
спасибо	сообщение	голос	показать (книгу)
			
слушать	жесты	переводить	рассказывать
			
объяснять	понимать	спорить	ссориться
			
смеяться	дактилология	глухой	слабослышащий

6. ПРОСТЕЙШИЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ

АЛФАВИТНАЯ КАРТОЧКА

Алфавитная карточка служит вспомогательным средством при кратковременной коммуникации с посторонними людьми.



Карточка (120 X 143 мм) двусторонняя: на одной стороне алфавит выполнен плоским шрифтом (для слабовидящих глухих) на другой — в брайлевском варианте, продублированным плоским шрифтом (для тотально или практически слепоглухих). Карточка универсальна для всех категорий слепоглухих (и для таких ситуаций, например, как общение между слабовидящими глухими, не знающими системы Брайля, и незрячими, не знающими плоского шрифта).

Карточка изготавливается из полистирола с нанесенными (крупным и ярким шрифтом) буквами алфавита на обеих сторонах, цифрами, необходимым минимумом знаков препинания, слов "что", "спасибо", "да", "нет", "ясно", расположенных удобно для восприятия обоими собеседниками и для быстрого нахождения нужного знака.

"РАЗГОВОРНАЯ ПЕРЧАТКА"

Одним из простейших приспособлений является так называемая "разговорная перчатка". Слепоглухой надевает ее на свою левую руку.

На ладонной стороне перчатки нарисованы (лучше вышиты) буквы,

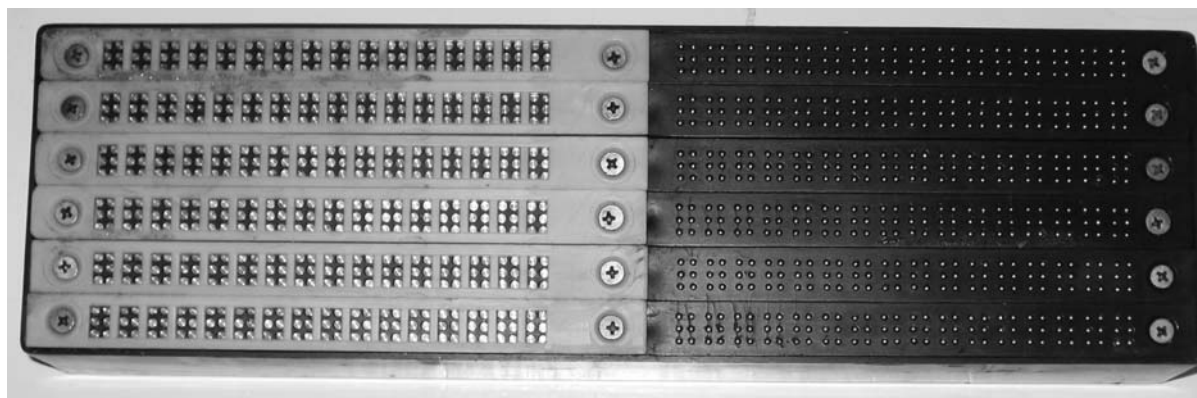
Каждая на строго определенном месте, на тыльной стороне — цифры.

Зрячий собеседник прикасается своим пальцем к нужным буквам на Перчатке, последовательно составляя слово и фразу. Слепоглухой заранее обучен определять по месту прикосновения, какую букву показывает ему собеседник. Так, воспринимая букву за буквой, слепоглухой понимает, что ему сообщают в этом "разговоре", и отвечает устной речью, если он ей обучен, или, если он не владеет устной речью или она не имеет достаточной внятности, показывает зрячему собеседнику последовательно буквы на своей перчатке.

7. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ

БРАЙЛЕВСКИЙ ПРИБОР ПРЯМОГО ЧТЕНИЯ

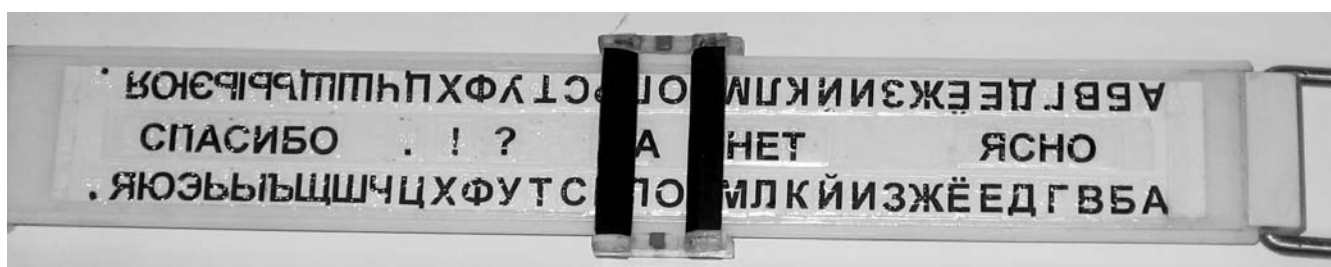
Это коммуникатор для общения между слепоглухими и слепыми, а также зрячими, владеющими письмом на брайлевском приборе, не требующий специального обучения способу письма, не требующий и бумаги (может быть использован и слепыми в школах, вузах, работниками интеллектуального труда).



Прибор прямого чтения (10-строчник, 270X128X60 мм) состоит из правой половины ("поля письма") и левой ("поля чтения"). Поле письма имитирует решетку обычного брайлевского прибора для письма (вернее, его строк), имеющего 10 строк по 16 клеток в каждой, а поле чтения — механический брайлевский дисплей.

РАЗГОВОРНАЯ ЛИНЕЙКА

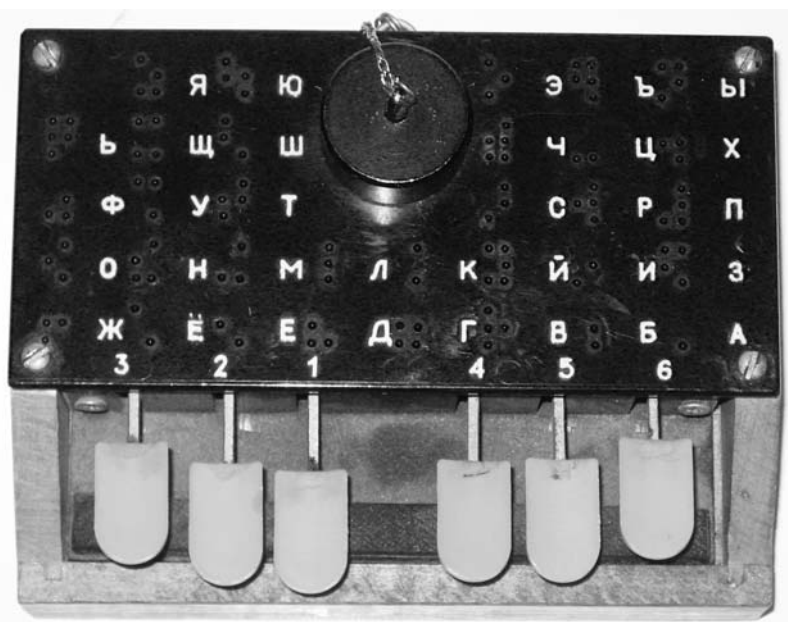
По назначению аналогична алфавитной карточке — для общения слепоглохого с окружающими — как зрячими, так и слепыми. Отличие от алфавитной карточки — в принципе действия: перемещение указательного пальца слепоглохого по нужным буквам, цифрам и словам осуществляется при помощи передвижной рамочки, которой управляет говорящий собеседник. По двум краям линейки расположены ряды брайлевских букв алфавита, продублированные плоскочечатными буквами и знаками для зрячих. Между этими двумя рядами на одной стороне линейки прописаны несколько брайлевских слов "Спасибо", "Да", "Нет", "Ясно". На другой стороне линейки по двум краям вместо алфавита расположены цифры, знаки препинания и буквенные сокращения некоторых разговорных слов.



ПОРТАТИВНЫЙ МЕХАНИЧЕСКИЙ КОММУНИКАТОР

С помощью данного прибора (150 X 100 X 40 мм) слепоглухой может общаться с лицами, владеющими системой Брайля.

Коммуникатор имеет один вход — шесть клавишей и один выход — односимвольный модуль. Клавиши прибора расположены так же, как на брайлевской пишущей машинке, и пронумерованы в соответствии с расположением точек брайлевского шеститочия.



РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАТОР

Речевой коммуникатор для слепоглухих РКС-01 (далее — устройство) позволяет инвалидам с сочетанными нарушениями зрения и слуха, а также лицам с нарушениями речи (дислалия, нарушения голоса, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия и др.), объясняться в типичных ситуациях с окружающими, формируя, с помощью устройства, заранее подготовленные речевые фразы, обращения и ответы.

Область применения — реабилитология, спецобразование, специализированные рабочие места и производства, индивидуальное использование в быту.

Применение устройства способствует облегчению социальных проблем инвалидов, улучшению их коммуникационных качеств, повышению уровня социально-психологической, специальной (адаптационной и компенсирующей), профессиональной подготовки, образования, совершенствованию медико-реабилитационных технологий, созданию нового элемента безбарьерной среды общения. Устройство предназначено для мобильного использования.

Принцип работы — нажатие определенной кнопки вызывает генерацию соответствующего речевого сообщения.



СЛУХОРЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

1. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ СЛУХА

Тональная пороговая аудиометрия

Тональная пороговая аудиометрия осуществляется с помощью аудиометров, производимых различными фирмами и отличающихся друг от друга по функциональным возможностям управления. Аудиометры генерируют тоны постоянной, достаточно большой интенсивности в широком частотном диапазоне и с неограниченным временем звучания. Современный тональный аудиометр состоит из генератора электрических колебаний, магазина затухания (аттенюатора) и градуированных излучателей (телефонов).

В настоящее время для проведения аудиометрического обследования наиболее часто используются стационарные клинические аудиометры (например АС-40).

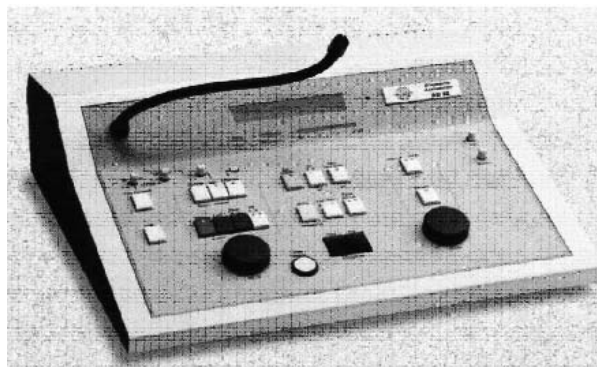
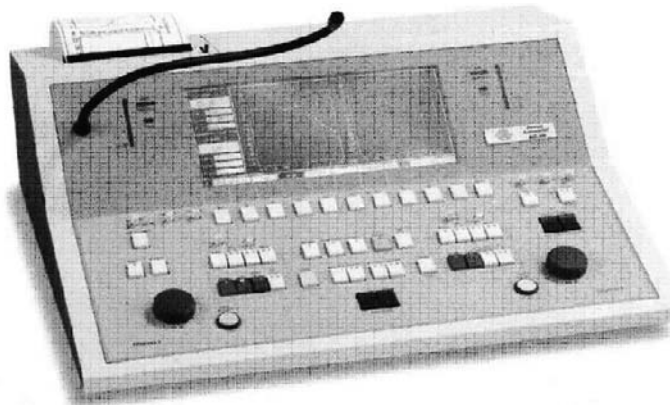
В аудиометре АС-40 в одном корпусе объединены двухканальный клинический аудиометр и диагностический высокочастотный аудиометр. Прибор имеет возможность подключения к компьютеру через интерфейс К8232С, а также сохранения аудиограмм в памяти. АС-40 позволяет проводить:

- полный набор тестов для измерения по воздушной и костной проводимости;
- речевую аудиометрию с возможностью слежения за процессом обследования по монитору.

В школах-интернатах и в небольших сурдологических центрах чаще можно встретить поликлинические аудиометры. Они меньше по размеру, портативны, а также обладают разнообразными функциональными возможностями для проведения обследования слуха. К таким приборам относятся широко используемый в практике поликлинический двухканальный аудиометр АD-28, отличается современным дизайном, снабжен монитором и выходами для аудиометрии в свободном звуковом поле.

Прибор позволяет проводить:

- обследование по воздушной и костной проводимости, речевую аудиометрию;
- тестовые исследования с использованием сигналов в виде чистого тона или



трели с маскировкой узкополосным или речевым шумом, а также возможностью синхронизации;

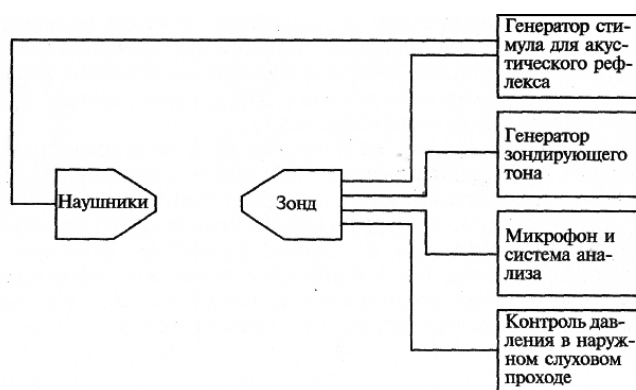
— речевую аудиометрию с использованием микрофона на гнущемся держателе или сигнала, подаваемого на вход для подключения магнитофона.

Акустическая импедансометрия

Данный метод исследования применяется для клинической диагностики нарушений периферического отдела органа слуха и представляет собой регистрацию акустического сопротивления звукопроводящего аппарата слуховой системы.

Импедансометрия позволяет провести дифференциальную диагностику патологии среднего уха (экссудативного среднего отита, отосклероза, адгезивного отита, разрыва цепи слуховых косточек), а также получить представление о функции VII и VIII пар черепно-мозговых нервов и стволо-мозговых слуховых проводящих путей. На практике чаще всего используются два вида акустической импедансометрии — тимпанометрия и акустическая рефлексометрия.

Для проведения таких исследований созданы специальные приборы — импедансометры. Принципиальная схема взаимодействия элементов прибора показана на рисунке.



Клинический импедансный аудиометр AZ-26 представляет собой клинический анализатор среднего уха, который содержит также скрининговый аудиометр. Встроенный термопринтер позволяет распечатывать результаты обследований в нескольких экземплярах; имеется возможность подключения к компьютеру через интерфейс K8232C и к другим аудио-метрам системы "Интеракустикс" через порт A2-26. Направления обследования — тимпанометрия, рефлексометрия, аудиометрия, исследование функции евстахиевой трубы.



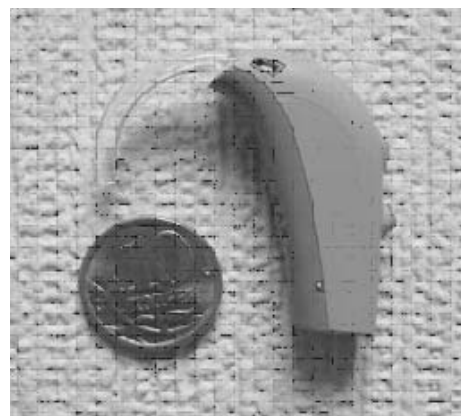
2. СЛУХОВЫЕ АППАРАТЫ

Человек, который пользуется слуховым аппаратом, может иметь остаточный слух. Если Ваш собеседник пользуется слуховым аппаратом, пожалуйста, постарайтесь выяснить у него (или понаблюдайте), на каком расстоянии он вас слышит лучше. Будьте к нему максимально близки.

Ваша речь должна быть эмоционально окрашенной. Она не должна быть слишком медленной или слишком быстрой, то есть, темп речи должен быть средним.

Наиболее распространены:

- Заушные аналоговые аппараты
 - Заушные цифровые аппараты
 - Внутриушные/внутриканальные
- Карманные слуховые аппараты



Главной проблемой большинства людей с нарушениями слуха является то, что вследствие нарушения передачи звуков слуховым рецепторам или повреждения части рецепторов они слышат ослабленной речь и окружающие звуки. Для усиления звуковых сигналов, передаваемых в слуховую систему тугоухого, используются слуховые аппараты.

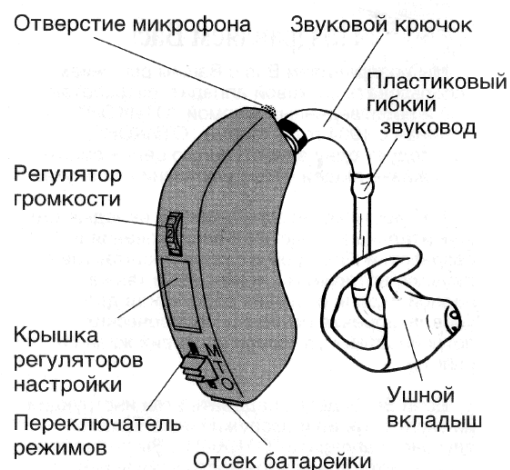
Основные понятия

Слуховой аппарат (СА)* — устройство для усиления звучания речи и других звуков. Основные компоненты СА:

- микрофон — преобразует звуковые сигналы в электрические;
- усилитель — усиливает электрический сигнал;
- телефон — преобразует усиленные электрические сигналы обратно в звуковые;
- элементы управления представлены регулятором громкости и МТО-переключателем, которыми пользуется сам пациент.
- триммерами (регулировками настроек) пользуется слухопротезист, посредством подбора необходимых для пациента установок.

— источник питания (батарейки, аккумуляторы) — обеспечивает питание для СА. Схема, приведенная на рисунке, объясняет особенности его конструктивного устройства.

В большинстве СА используются телефоны воздушной проводимости. При



*Здесь и далее при описании особенностей конструкции, достоинств и эффективности использования тех или иных типов и моделей слуховых аппаратов мы будем использовать буквенное сокращение — СА.

кондуктивной тугоухости используются СА с вибратором, который устанавливается с помощью обруча за ухом.

Многие модели СА имеют индукционную катушку, которая позволяет пользоваться учебным (FM-системы и др.) и звукоусиливающим бытовым оборудованием (обычным телефоном, телевизором и т.д.).

В зависимости от используемой в СА технологии они делятся на несколько типов.

Аналоговые СА — звуковые сигналы в них преобразуются в электрические и затем усиливаются. Настраиваются с помощью электромеханических регуляторов — триммеров, число контролируемых параметров в этом случае не превышает четырех.

В зависимости от способа настройки и наличия дополнительных функций аналоговые СА делятся на традиционные, автоматические (с усилением типа КАМР) и программируемые.

Программируемые СА — параметры настройки контролируются вмонтированным микрочипом, возможна регулировка более шести параметров. Настройка СА проводится путем программирования параметров с помощью компьютера. Вместо триммеров они имеют разъем для программирования, в который вставляется кабель для подключения к персональному компьютеру.

Цифровые СА — в них производится цифровая обработка усиливаемого сигнала, имеются сложные алгоритмы обработки речевого сигнала, улучшающие качество восприятия речи. Параметры настройки контролируются вмонтированным микрочипом, возможна регулировка более 20 параметров. Настройка СА проводится путем программирования параметров с помощью компьютера. Могут быть одно- и многоканальными. В многоканальных СА весь диапазон воспринимаемых СА частот делится на полосы, и регулировка параметров усиления в каждом из них производится независимо. Это позволяет настроить СА точно по конфигурации аудиограммы пациента. Цифровой СА обеспечивает большие преимущества по сравнению с аналоговым, а именно:

- улучшенное качество звуковосприятия в различных акустических условиях;
- снижение нежелательного звукового фона;
- более точная коррекция потерь слуха.

В зависимости от места расположения СА делятся на карманные, заушные, внутриушные, в очковой оправе, имплантируемые:

Корпус **карманного СА** с микрофоном и усилителем прикрепляется к одежде, а телефон с вкладышем вставляется в ухо. Благодаря тому, что микрофон и телефон в этих СА разнесены на расстояние, в них удается избежать эффект обратной акустической связи (свист при большом усилении). С помощью одного карманного СА при использовании двух телефонов можно осуществлять бинауральное (двустороннее, двуушное) протезирование. Сейчас, с появлением достаточно недорогих моделей программируемых и цифровых СА типа "заушина" карманные СА используются редко, чаще пожилыми людьми — в силу удобства управления регуляторами.

Заушный слуховой аппарат

Наиболее широко распространены СА заушного типа, в которых все основные элементы — телефон, микрофон и усилитель — находятся в корпусе, размещаемом за ухом пациента. Усиленный звук подается в слуховой проход через телефон, рожок СА, звукопроводящую трубку и внутриушной вкладыш. Регуляторы расположены на корпусе СА. Существуют модели, рассчитанные на разные потери слуха, в том числе самые тяжелые. Они снабжены индукционной катушкой, что позволяет использовать учебную и бытовую звукоусиливающую аппаратуру.

За последние 30 лет создано множество моделей СА различных конструкций и с разными схемами усилителей.

Внутриушной слуховой аппарат

В последнее время все большую популярность получают внутриушные СА прежде всего благодаря своим небольшим размерам и в связи с этим косметическим качествам.

Все элементы внутриушного СА располагаются в его корпусе, который одновременно является и внутриушным вкладышем.

Индивидуальные СА, для которых на основе внутриушного слепка изготавливается индивидуальный корпус. В нем, как можно ближе к барабанной перепонке, встроен телефон. Микрофон располагается приблизительно на уровне середины ушной раковины. Усилитель и батарейка монтируются также в корпусе аппарата. Эти аппараты, в свою очередь, подразделяются на четыре вида по месту расположения в органе слуха — внутриушные (занимают всю ушную раковину), канальные, аппараты малого канала и глубокого канала. Последний расположен наиболее близко к барабанной перепонке и извлекается из уха с помощью небольшой антенки.

- Полностью скрытый в канале СА — CIC (Completely-In-The-Canal)
- Минимально скрытый в канале СА — MIC (Mini-In-The-Canal)
- Внутриканальный СА — ITC (In-The-Canal)
- Внутриушной СА — ITE (In-The-Ear)

Индивидуальный внутриушной аппарат — наименьшая из существующих форм СА. Вследствие этого они практически незаметны в ухе человека. Электроакустические способы восстановления слуха предполагают наличие необходимого усиления звука и его преобразование таким образом, чтобы по возможности компенсировать глухим, слабослышащим и слепоглухим людям потерю слуховой чувствительности и слуховые искажения и улучшить качество распознавания речи.

Необходимо отметить и некоторые проблемы, которые возникают при пользовании внутриушными СА. К ним относятся: опасность возникновения обратной связи (свиста), нередкие отказы телефона вследствие загрязнения серой, недостаточное проветривание из-за небольших размеров аппаратов, а также необходимость частой замены батареек в связи с их малым размером.

Для эффективного слухопротезирования важное значение имеет правильный выбор электроакустических параметров слуховых аппаратов (СА) в соответствии с состоянием и компенсаторными возможностями остаточного слуха пло-

хо слышащего и слепоглухого. После проведения оценки состояния слуховой функции с помощью описанных выше стандартных аудиометрических методик, исходя из полученных данных, решается вопрос о том, каким должны быть электроакустические характеристики СА.

Немало наблюдений убедительно показывают, что при пользовании СА у пациента постепенно улучшается как восприятие речи окружающих, так и разборчивость его собственной речи (распад которой обычно наступает при глубоких нарушениях слуха). В результате слепоглухой включается в общественную жизнь, которой он без аппарата был почти что лишен. Это обстоятельство в целом положительно действует на психофизиологическое и личностное состояние слепоглухого — повышается общий тонус человека, ослабляется воздействие тормозных процессов высшей нервной деятельности. Все это в совокупности приводит к улучшению восприятия речи окружающих и повышению качества собственной речи.

Среди существующих способов обработки и передачи акустической информации людям с проблемами слуха, наиболее широко используемых в практике слухопротезирования, условно можно выделить следующие:

- линейное широкополосное или частотное избирательное усиление звуковых сигналов с ограничением или без ограничения их уровня;
- полосовая частотная фильтрация звуков речи, при которой слабослышащему или глухому подают усиленные сигналы только в том диапазоне частот, который он может наиболее эффективно воспринимать;
- смещение высокочастотной части речевого спектра в низкочастотную область воспринимаемых звуков;
- нелинейное усиление звуков речи, которое заключается в компрессии их амплитуды в широком диапазоне частот;
- многоканальное частотно-избирательное полосовое усиление с амплитудной компрессией сигналов по входу или выходу, регулируемым порогом и коэффициентом компрессии в каждом частотном канале;
- применение дихотических способов протезирования с целью использования основных преимуществ бинаурального слуха.

3. КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Реабилитация людей с глубокой степенью нарушения слуха и глухотой — весьма сложная проблема ввиду отсутствия действенных методов лечения и низкой эффективности от использования обычных СА у значительной части таких больных. В настоящее время одним из наиболее перспективных направлений реабилитации взрослых и, прежде всего, детей с большими потерями слуха и их интеграции в среду слышащих является кохлеарная имплантация.

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 является разновидностью слухопротезирования, однако, в отличие от СА, который усиливает акустические сигналы, кохлеарный имплантант (КИ) преобразует их в электрические импульсы,

стимулирующие слуховой нерв. Использование КИ основано на том, что при сенсоневральной тугоухости наиболее часто поражены рецепторы улитки (волосковые клетки), в то время как волокна слухового нерва долгое время остаются сохраненными. Поврежденные волосковые клетки не могут обеспечить преобразование акустического сигнала в электрические импульсы, необходимые для возникновения слуховых ощущений. Эту функцию и выполняет Кохлеарный Имплантант.

Что такое кохлеарный имплант?

Кохлеарный имплант это сложное, современное электронное устройство, разработанное для того, чтобы помочь людям с тяжелой и глубокой сенсоневральной тугоухостью. При этом типе тугоухости слуховые аппараты помогают недостаточно, потому что они просто усиливают звук, а улитка не в состоянии его обработать. Кохлеарный имплант заменяет неработающую часть улитки и доставляет звуковые сигналы прямо к слуховому нерву.

Функция кохлеарного импланта заключается в электрической стимуляции слухового нерва. Кохлеарные импланты эффективно используются для пре- и постлингвально оглохших взрослых и детей.

Система кохлеарной имплантации состоит из двух основных частей:

Внутренняя

Имплант (хирургическим путем помещается под кожу)

Имплант состоит из корпуса (в котором находится электроника) и электродов

Наружная

Речевой процессор (носится за ухом) Речевой процессор состоит из процессорного блока (с микрофоном, контролем громкости и интенсивности), батарейного отсека и катушки передатчика с кабелем.

Речевой процессор (носится в кармане или на поясе)

Как работает кохлеарный имплант

Система кохлеарной имплантации преобразовывают звуки в электрические импульсы, несущие информацию о звуках. Эти импульсы стимулируют слуховой нерв и мозг воспринимает их как звуки. Поскольку процесс обработки происходит очень быстро, звуки слышатся практически в момент их появления, без заметной задержки.

1. Звуки собираются микрофоном и преобразуются в электрические сигналы.
2. Эти сигналы поступают в речевой процессор, где они обрабатываются по специальной программе и кодируются.
3. Передатчик посылает закодированный сигнал посредством радиоволн через неповрежденную кожу к импланту.
4. Имплант раскодирует полученную информацию и посылает электрические импульсы к электродам в улитку.
5. Слуховой нерв принимает эти импульсы и посылает их в мозг. Мозг формирует из них звуковой образ.

Первые операции кохлеарной имплантации были проведены более 30 лет назад. В 70-х гг. уже ушедшего века доктора Уильям Хоус, Блейр Симмонс и Ро-

бин Мичелсон имплантировали первые КИ. При этом использовались простые одноканальные аналоговые устройства, которые, как правило, давали возможность только определять наличие звука и его громкость и не позволяли воспринимать речь. В период 1978-1979 гг. австралийский профессор Грем Кларк имплантировал нескольким глухим взрослым пациентам устройства с 10 каналами. Коммерческое развитие многоканального имплантата началось в начале 80-х гг.

Основываясь на исследованиях Мельбурнского университета (Австралия), фирма "Cochlear" (прежнее название "nucleus") разработала 22-канальный имплантант с WSP (Weareable Speech Processor — носимый речевой процессор).

Современные многоканальные КИ с цифровой обработкой звуковой информации значительно превосходят своих предшественников. Кохлеарная имплантация получила широкое распространение за рубежом, где к настоящему времени проимплантировано более 25 тысяч пациентов. Однако неоднозначность результатов операции у разных пациентов — от стопроцентного распознавания речи без зрительной компенсации даже при общении по телефону до не очень значительного улучшения слухового восприятия при обязательной зрительной поддержке чтением с губ — способствует сохранению различных мнений относительно ее целесообразности. Более чем двадцатилетний опыт наблюдения за пациентами с КИ свидетельствует о том, что результаты операции зависят от ряда причин:

- возраста потери слуха (врожденные нарушения слуха, наступившие до овладения или после овладения речью, — так называемые долингвальные и постлингвальные пациенты);

- длительности периода между потерей слуха и кохлеарной имплантацией;

- характеристик используемого КИ (способы кодирования речевых сигналов, число электродов и др.);

- индивидуальных особенностей пациента (обучаемость, степень мотивированности к пользованию КИ и др.);

- организации процесса слухоречевой реабилитации.

Если раньше кохлеарная имплантация производилась преимущественно взрослым и детям, потерявшим слух после овладения речью, то в настоящее время значительное число таких пациентов составляют дети с врожденной глухотой. О распространенности имплантации свидетельствует тот факт, что, например, в США, по данным на 1997 г., КИ используют 7 % детей со значительными потерями слуха в возрасте до 15 лет, а среди детей в возрасте 3 — 5 лет число имплантированных составляет 21%, что связано с большей эффективностью реабилитации в этом возрасте. Операции начинают проводить во все 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 СА с применением адекватных сурдопедагогических методик. Однако КИ обеспечивает принципиально новые возможности слухового восприятия благодаря тому, что позволяет услышать те звуковые частоты, которые не могут быть услышаны с помощью обычного СА. КИ обеспечивает стимуляцию непосредственно слухового нерва во всем

частотном диапазоне.

Сегодня большинство специалистов считают, что кохлеарную имплантацию у детей желательно проводить до 2 — 3 лет, поскольку звуковая стимуляция, передаваемая имплантантом, обеспечивает формирование межнейронных связей в центральных отделах слуховой системы, что необходимо для слухоречевого развития. Чем в более раннем возрасте проводится имплантация, тем лучше ее результаты. Однако для решения вопроса об операции необходимо быть уверенным в неэффективности использования обычного СА для данного ребенка, что требует наблюдения за ним в среднем до полугода после подбора СА.

Важно отметить, что в последние годы благодаря усовершенствованию КИ и накоплению опыта реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации меняются критерии отбора пациентов. Сегодня наличие сопутствующих нарушений (нарушения зрения, ДЦП) является дополнительным показанием для кохлеарной имплантации. Есть опыт проведения такой операции у детей с умственной отсталостью. Для них, несмотря на недостаточное развитие импрессивной и экспрессивной речи, КИ, безусловно, улучшает качество жизни благодаря возможности ориентироваться в окружающих звуках. Операции проводятся и детям с пограничными потерями слуха (75 — 90 дБ), если им не помогает обычный слуховой аппарат.

Вместе с тем многие специалисты стали значительно осторожнее подходить к имплантации долингвально 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 с детьми более младшего возраста. Все это определяет ограниченные возможности развития у них понимания речи и формирования собственной устной речи. Именно поэтому важно выявить собственное желание ребенка слышать и жить в мире звуков. Обычно в раннем возрасте трудно понять, хочет ли этого сам ребенок, и решение об имплантации принимают его родители. Некоторые случаи отказа подростков пользоваться КИ привели к тому, что в ряде центров кохлеарную имплантацию проводят детям до 8 лет и только после 15 лет, когда в результате тщательного тестирования убеждаются в наличии у пациента собственного желания пользоваться имплантантом и в понимании им реальных возможностей, которые даст ему эта операция.

Разработка КИ требует использования высоких промышленных технологий, больших материальных вложений и под силу лишь крупным научно-техническим центрам. В настоящее время только пять фирм во всем мире производят промышленные образцы имплантов ("Cochlear", бывшая "Nucleus", Австралия), "Clarion" ("Advanced Bionics", США), "Combi 40/40+" ("Med-El", Австрия), "Didisonics DX-10" (Франция), "Laura" (Бельгия). Большая часть пациентов используют один из наиболее распространенных КИ — "Nucleus-22" фирмы "Cochlear".

По последним данным мировой статистики, оперировано более 25 000 пациентов и только у 4 % обнаружены послеоперационные проблемы. Причем это в основном результат недостаточной предоперационной диагностики, инфекций или технических проблем, связанных с самим КИ. Большое значение имеет правильно организованная послеоперационная реабилитация.

У человека после кохлеарной имплантации восстанавливается уровень слухового восприятия, улучшается определение нормальных, ежеминутно присутствующих окружающих звуков, таких, как стук в дверь или дверной звонок, гудок автомобиля, телефонные звонки и фоновая музыка; повышается способность к распознаванию речи. Конечно, те сигналы, которые КИ передает мозгу, отличаются от привычных слышащему человеку ощущений. Чтобы понимать обращенную речь, оперированному придется несколько месяцев заниматься по специальной программе, что поможет придать неясным звукам конкретные очертания. В результате у половины пациентов значительно улучшаются показатели распознавания речи без считывания с губ; они оказываются способными общаться по телефону без применения специального кода.

Современные КИ при некоторых стратегических и технических отличиях имеют сходные конструктивные решения. Имплантант состоит из двух частей — наружной и внутренней. На рисунке схематически изображены составные элементы КИ. Наружная часть состоит из речевого процессора, выбирающего и кодирующего звуки, оптимальные для понимания речи, и направленного микрофона-передатчика, воспринимающего их и передающего приемнику.

Внутренняя (имплантируемая) часть совершенно самостоятельна и полностью автономна, так как не имеет никаких внешних выводов, не содержит элементов питания и каких-либо других деталей, требующих замены. В нее входят приемник-стимулятор, имплантируемый в кость заушной области, кодирующий и посылающий электрические сигналы к электродам, и 22-канальная электродная система, также хирургически вводимая во внутреннее ухо и представляющая собой набор электрических контактов, которые передают сигналы к сохранным нервным волокнам.

Микрофон наружной части размещается в корпусе заушного СА. Речевой процессор несколько крупнее карманного СА, его носят в кармане или на поясе, и он является главной и самой сложной наружной частью КИ. Фактически он представляет собой малогабаритный специализированный компьютер и осуществляет кодирование акустического сигнала в последовательность электрических импульсов, передаваемых по радиоканалу в приемник имплантированной части для возбуждения разных групп волокон улитки с помощью многоэлектродной системы. Совершенствование современной микроэлектронной техники позволило в некоторых моделях КИ разместить речевой процессор в корпусе заушного СА. Существенно, что переход к использованию новой модификации речевого процессора в ряде моделей имплантов не требует повторной операции, так как при этом заменяется только его внешняя часть.

Наружная часть КИ имеет регуляторы, позволяющие менять громкость звуков, выбирать оптимальный режим работы в зависимости от окружающих условий (дом, улица), и является съемной (снимается при мытье, плавании, во время сна, так же как обычный СА). Важно отметить, что КИ позволяет вести обычный образ жизни. Исключение составляют контактные виды спорта (борьба, бокс), которые связаны с ударами по голове.

Качество речи, передаваемой с помощью КИ, определяется, прежде всего, двумя характеристиками: количеством электродов и способом преобразования

речевых сигналов в электрические импульсы (стратегией кодирования). Многоканальные (многоэлектродные) КИ значительно более эффективны, чем одноканальные, позволяют пациенту слышать широкое разнообразие звуков и лучше их дифференцировать. Каждый электрод может продуцировать различные слуховые и тональные ощущения, что важно для восприятия речи и окружающих звуков, как высоких, так и низких тонов.

Речевой процессор настраивается индивидуально в соответствии со слуховыми возможностями пациента с целью достижения оптимального для него варианта. Программу настройки проводит аудиолог при помощи специального компьютера. Каждый электрод четко настраивается на определенную частоту и громкость в соответствии со слуховыми ощущениями человека. Если со временем возникают какие-либо изменения слуха, возможна перенастройка речевого процессора в соответствии с новыми запросами.

Для передачи речевых сигналов достаточно 8-12 электродов (каналов) — именно такое их число имеет большинство новых моделей КИ. Исследования показали, что самым важным является способ преобразования речевых сигналов в электрические импульсы. В ряде моделей КИ используется стратегия выделения спектральных максимумов речевых сигналов. В КИ последнего поколения применяется принципиально новая стратегия быстрого кодирования (CIS-стратегия), которая обеспечивает значительно более качественное восприятие речи. К числу таких относятся КИ "Combi 40/40+" (фирма "Med-El", Австрия), "Nucleus-24" (фирма "Nucleus", Австралия), "Clarion" (фирма "Advanced Bionics", США).

Для определения возможной степени восстановления слуха пациента, которая может быть обеспечена устройством, необходимо проведение предварительных тестов, в частности теста, показывающего, вызывает ли электрическая стимуляция слухового нерва восприятие звуков.

У родителей глухих детей и у людей с нарушением слуха, стоящих перед принятием решения, делать или нет данную операцию, возникает много вопросов. Некоторые родители, например, считают, что сразу после операции их ребенок станет слышать нормально. Это не так, необходима послеоперационная реабилитация, проводимая специально подготовленными специалистами. Но важно то, что ребенок начинает воспринимать окружающую его звуковую среду.

Сроки данной реабилитации различны — от 1 месяца до 1 года и более, в зависимости от индивидуальных особенностей человека. Но реабилитация после кохлеарной имплантации идет значительно быстрее, чем при освоении СА.

Следует иметь в виду, что слышимые звуки не будут такими же, как при нормальном слухе. Кроме того, возможны сложности со слуховым восприятием при скоплении людей или с тонким различением звуков, подобных музыке. И хотя микрофон имплантата способен воспринимать достаточно далекие звуки, большие расстояния для него недоступны.

Для принятия решения о проведении данной операции одного желания родителей недостаточно — окончательное суждение принимает группа специалистов после тщательного диагностического обследования. Такое обследование как для детей, так и для взрослых пациентов включает следующие этапы:

- отологический осмотр;
- аудиологическое обследование — тональную и речевую аудио-, метрии (без СА и с их использованием) для оценки степени потери слуха и эффективности слухопротезирования;
- импедансометрию для оценки состояния структур среднего уха и проходимости слуховой трубы;
- регистрацию СА и отоакустическую эмиссию для объективной оценки потери слуха и исключения ретрокохлеарных нарушений (в редких случаях бывает необходимость регистрации микрофонного потенциала);
- электрофизиологическое тестирование возбудимости волокон слухового нерва (промонториальный или эндауральный тест);
- вестибулометрию (для оценки функции вестибулярного аппарата);
- компьютерную томографию и ЯМР-томографию для оценки состояния тимпанальной лестницы улитки и возможности свободного введения электрода;
- ЭЭГ и РЭГ (оценка мозгового кровообращения);
- общее медицинское обследование с целью оценки соматического состояния;
- психоневрологическое обследование (оценка слухового восприятия с использованием адекватно подобранного СА и без него, состояния артикуляционного аппарата при выполнении различных движений, звукопроизношения, словаря, грамматико-синтаксической структуры речи, чтения, письма и др.);
- психологическое тестирование (оценка уровня невербального развития, обучаемости, особенностей эмоционально-волевой сферы и др.);
- социологическое обследование семьи и окружения ребенка (что очень важно для детского варианта).

От качества дооперационной диагностики во многом зависит успех операции.

Кохлеарная имплантация — это не только хирургическая операция, но и система мероприятий, включающая отбор пациентов, комплексное диагностическое обследование, собственно хирургическую операцию и послеоперационную слухоречевую реабилитацию пациентов. Решение всех этих задач требует согласованной работы различных специалистов, поэтому сегодня во многих странах существуют специальные центры кохлеарной имплантации, в том числе и детские, например Ноттингемский детский центр КИ (Великобритания), Центр-Поликлиника "СУВАГ" (Хорватия).

Состояние проблемы кохлеарной имплантации в России. В нашей стране интерес к проблеме КИ возник в конце 70-х годов.

В России операции кохлеарной имплантации стали проводиться у взрослых и подростков с 1991 г. в Научном центре аудиологии и слухопротезирования (Москва), при этом использовались КИ "Nucleus-22" и "Nucleus-24" фирмы "Cochlear" (Австралия). В 1997 г. операции по кохлеарной имплантации начали проводиться в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи с использованием многока-

нального КИ "Combi 40/40+" (фирма "Med-El", Австрия). Все пациенты (возраст — от 1,5 до 19 лет) имели IV степень тугоухости и не пользовались СА из-за неэффективности их применения.

Первым, очень важным этапом кохлеарной имплантации является пред-операционный период, во время которого проводится комплексное диагностическое обследование пациента и его психологическая подготовка к операции — пациента знакомят с результатами КИ у других людей и с организацией процесса послеоперационной реабилитации. С долингвально (в доречевой период) оглохшими детьми организуются занятия по развитию слухового восприятия.

Как уже отмечалось, 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 порогом не менее 90 дБ в зоне речевых частот (500 — 4000 Гц), не поддающейся коррекции обычным СА;
- проходимость улитки (магнитный резонанс);
- возраст пациента (как правило, старше 2 лет), максимальный возраст ограничивается только его соматическим состоянием;
- глухие пациенты старшего возраста должны пользоваться речью, иметь навыки чтения с губ;
- отсутствие противопоказаний для хирургического вмешательства (по заключению специалистов центра);
- добровольное согласие на операцию с обязательным последующим обучением (для маленьких детей — согласие их родителей).

В процессе операции за ухом пациента производится дугообразный разрез на коже длиной 10 см, затем делается углубление в височной кости, в котором размещается приемник КИ. Самая ответственная часть операции — введение электродов через отверстие в стенке улитки вблизи круглого окна на глубину до 30 мм.

Риск при этой операции не больше, чем при обычном хирургическом вмешательстве, проводимом на среднем ухе. Перед операцией тщательно выявляются противопоказания, связанные с применением наркоза. Возможными осложнениями могут стать увеличение времени заживления шва, временные болевые ощущения и отек в области шва, временные изменения вкуса. Через месяц после имплантации волосы на месте разреза отрастают и шов становится незаметным. Нельзя не упомянуть о возможности некоторых других осложнений, таких, как нарушение или повреждение лицевого нерва, временная потеря чувствительности в заушной области, нарушение вкуса или равновесия, обусловленные побочным влиянием на вестибулярный аппарат, изменения ушного шума.

Через четыре недели после операции производятся первое включение и настройка имплантата. Это очень важный и эмоционально значимый момент в жизни пациента. Во время настройки аудиолог подключает речевой процессор к компьютеру и посылает через разные электроды сигналы, различающиеся по громко-

сти и тону. Пациента просят определить самые тихие и комфортные звуковые ощущения. При настройке имплантанта у маленьких детей ориентируются на безусловно-рефлекторные и условно-рефлекторные реакции. Полученная информация используется для настройки речевого процессора, в соответствии с которой КИ преобразует звуки окружающего мира таким образом, чтобы обеспечить их комфортное восприятие.

В течение первого месяца один-два раза в неделю проводится подстройка имплантанта. После периода адаптации пороги меняются незначительно, и, как правило, становится достаточно одной контрольной настройки в год. Кроме того, на внешней части КИ имеются регуляторы, позволяющие корректировать небольшие изменения в чувствительности, которые могут возникать в процессе привыкания к имплантанту. У постлингвальных пациентов первые звуковые ощущения, передаваемые КИ, обычно значительно отличаются от привычных слуховых ощущений. Но постепенно наступает привыкание к этим ощущениям, и слуховая система учится понимать новые сигналы. Длительность привыкания, как правило, коррелирует с продолжительностью интервала между потерей слуха и имплантацией. У постлингвально оглохших этот период при использовании КИ с быстрой CIS-стратегией кодирования обычно занимает несколько месяцев.

Одним из важных этапов для будущего неслышающего человека является послеоперационная слухоречевая реабилитация, содержание и длительность которой зависят от того, потерял пациент слух до овладения речью или после этого. Главное направление такой работы для всех пациентов — развитие восприятия звуковых сигналов с помощью имплантанта. КИ обеспечивает возможность слышать, но восприятие звуков окружающей среды и понимание речи — это значительно более сложные процессы, которые включают также умение различать сигналы, выделять значимые для их узнавания признаки, отделять изолированные слова в слитной речи, понимать смысл высказываний, выделять необходимые сигналы из общего шумового фона и т.д. Если ребенок до операции был глухим, то эти навыки у него либо не сформированы, либо недостаточно развиты.

Реабилитационные занятия после кохлеарной операции включают следующие ступени развития способностей восприятия акустической информации:

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

С долигвально оглохшими пациентами, кроме того, проводятся занятия по формированию языковых навыков и развитию устной речи. На Международном симпозиуме по кохлеарной имплантации, состоявшемся в мае 2002 г. в Загребе, отмечалось, что послеоперационная реабилитация с данной категорией пациентов проходит эффективнее и быстрее, если была организована соответствующая работа с ребенком до операции.

У пациентов с постлингвальной глухотой отдельные этапы слуховой тренировки могут оказаться очень кратковременными, поскольку наращивание слухового опыта у них активно происходит естественным образом вне занятий. Интересно, что при первом включении КИ ощущения пациентов бывают звуковыми, но, как правило, они не узнают звуков, в том числе и речевых. Однако достаточно быстро их мнение меняется: "Я слышу так же, как и раньше". Через месяц эти пациенты уже успешно пользуются имплантантом, понимают разговорную речь даже по телефону. Разборчивость речи по стандартным таблицам Гринберга — Зиндера при свободном выборе многосложных слов составляет 70-95 % и односложных — 40-90 %. Адаптация к КИ и дальнейшее улучшение слухового восприятия продолжаются в течение года.

В отличие от этого реабилитация долигвально оглохших пациентов — длительный и сложный процесс, который занимает от трех до пяти лет, и ее результаты в значительной мере зависят от возраста, в котором произведена операция. Наилучшие результаты достигаются у детей, прошедших операцию КИ в самом раннем возрасте (1-2 года).

Особенности реабилитации долигвальных пациентов определяются тем, что у них речезыковая система либо не сформирована вообще (маленькие дети), либо сформирована неадекватно новым слуховым возможностям. В соответствии с этим реабилитация таких пациентов предполагает либо формирование новой речезыковой системы у детей раннего возраста, либо перестройку уже имеющейся системы с одновременным ее развитием у пациентов более старшего возраста.

Работа с долигвальными пациентами начинается со слуховой тренировки, включающей все описанные выше этапы. Однако при единстве этих этапов для всех пациентов с КИ необходимо выделить особенности, характерные для долигвально оглохших пациентов разного возраста.

У детей, проимплантированных в возрасте до 5-7 лет, достаточно быстро формируется реакция обнаружения наличия — отсутствия звукового сигнала. Заметно большее время требует умение различать два разных звука и локализовать источник звука в пространстве. Формирование этих умений проводится параллельно с развитием у ребенка сначала произвольных, а затем произвольных вокализаций по механизму имитации. Появление вокализаций — один из важных моментов, демонстрирующих эффективность протезирования. В последующем речевое развитие такого ребенка соответствует всем естественным этапам развития речи у нормально слышащих детей — несоотнесенный лепет, звукокомплексы, соотнесенный лепет (лепетные слова), слова, слова-предложения, простые двусложные фразы и т.д.

Отличительная черта реабилитационных занятий с детьми — их игровая форма и разнообразие видов деятельности. При этом педагог как бы следует за вниманием и интересами ребенка. Другая принципиальная особенность реабилитационного периода малышей — вовлечение в этот процесс родителей. Родители знакомятся с общими принципами развития слухоречевых навыков у детей, им даются задания, которые они должны выполнять с ребенком дома. Опыт показывает, что необходимы не только групповые и индивидуальные занятия по развитию слуха и речи, но и музыкально-ритмические занятия в группах с нормально слышащими детьми, и занятия с дефектологом по развитию невербального интеллекта и мелкой моторики, обязательно сопровождаемые адекватными звуковыми комментариями, которые также способствуют формированию слухоречевых навыков.

Реабилитация долингвально оглохших пациентов более старшего возраста со сформированной речевой системой, не адекватной новым слуховым возможностям, имеет также свои особенности. Результаты реабилитации подростков 14-19 лет (Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи, 2001) свидетельствуют, что как на начальном этапе реабилитации, так и в предоперационном периоде большое значение приобретает психологическая работа, направленная на повышение мотивации пользования КИ и прохождения коррекционных занятий. Это объясняется тем, что решение об операции, как правило, принимают родители; у самого подростка, с уже сложившимися навыками общения жестовой речью со сверстниками в специализированном учреждении для глухих детей, отсутствует стремление пройти сложный реабилитационный путь и в результате сменить среду общения (друзей).

Не менее важно сформировать как у самого подростка, так и у его родителей правильный уровень ожиданий результатов кохлеарной имплантации. Часто ожидания превосходят реальные возможности. КИ, безусловно, обеспечивает возможность слышать, но развитие способности понимать речь и формирование собственной речи определяются соответствующими центрами мозга.

Начальные этапы слухоречевой тренировки долингвально оглохшие подростки проходят достаточно быстро. Особую трудность представляет развитие способности различать речевые сигналы — слова, фразы. В основе этого, по-видимому, лежат несформированность центральных механизмов анализа речевых сигналов, дефицит слухоречевой памяти, низкая языковая компетенция. Именно поэтому для таких пациентов наиболее актуальны направления работы, связанные с тренировкой слуховой памяти, развитием анализа речевых сигналов, увеличением словарного запаса, развитием логико-грамматических представлений.

Долингвально оглохшие пациенты старшего возраста, поступающие на операцию, обычно в том или ином объеме используют устную речь. Однако она, как правило, характеризуется не только грубыми нарушениями на лексико-грамматическом уровне, но и нарушениями звукопроизношения и тембра голоса. Поэтому с этими пациентами проводятся также логопедические и фонетические занятия, направленные на тренировку артикуляционного аппарата и коррекцию голосовых нарушений и способствующие улучшению качества экспрессивной речи.

Реабилитация пациентов с КИ — это работа целой команды специалистов,

включающей аудиолога, сурдопедагога, логопеда, специального педагога, фонопеда, музыкального педагога, психолога. При кохлеарной имплантации детей принципиально важно активное участие в этом процессе родителей.

В заключение приведем выдержки из доклада Вильяма Гибсона (Сидней, Австралия), сделанного на Международном конгрессе в Милане в 1994 г. Практикующий хирург, выполнивший большое количество таких операций, человек, ответственный за программу "Кохлеарные имплантанты", Гибсон за долгие годы наблюдений за результатами своей работы пришел к определенным выводам.

Он утверждает, что взрослые пациенты получают пользу от КИ, если "к моменту операции прошло не более 15 лет с того времени, как человек оглох. 70 процентов таких пациентов учатся понимать знакомую им речь после соответствующей слуховой тренировки без одновременного чтения с губ и только через восприятие звуков.

Совсем другая ситуация у детей. Здесь необходимо использовать фазовую специфику развития сенсорной сферы и большую пластичность мозга в младенческом возрасте и у самых маленьких детей. Только в первые четыре года жизни это возможно с действительной перспективой на успехи, которые соответствуют уровню развития речи слышащих детей такого же возраста". Сопоставляя сроки обеспечения КИ и возраст оперированных детей, автор делает такое заключение:

— при операции на втором году жизни можно ожидать действительно очень хороших результатов;

— при операции на третьем году жизни результаты достаточно удовлетворительные;

— при обеспечении КИ только на четвертом году можно рассчитывать лишь на весьма незначительные достижения;

— у детей старшего возраста, которые уже начали общаться с помощью жестового языка, еще меньше шансов на успех как в развитии слуха, так и в обучении речи.

4. ЗВУКОУСИЛИВАЮЩАЯ АППАРАТУРА КОЛЛЕКТИВНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

В настоящее время невозможно представить процесс реабилитации и обучения детей с нарушениями слуха и зрения без использования стационарной звукоусиливающей аппаратуры. Согласно письму Министерства общего и профессионального образования РФ от 04.09.97 г. № 48, предусматривается работа по развитию слухового восприятия и формированию произношения в ходе всего образовательного процесса. Данная работа должна проводиться на всех занятиях в специальных детских садах и школах, в том числе и на предметных уроках.

Исходя из этого, все специальные учреждения для глухих и слабослышащих детей оснащены стационарной звукоусиливающей аппаратурой коллективного пользования. В этом направлении ведётся работа и в Сергиево-Посадском детском доме для слепоглухих — единственном пока в России центре обучения и реабилитации детей и молодёжи с сочетанными нарушениями слуха и зрения. Результативность коррекционной работы с детьми данной категории во многом за-

висит от качества самой аппаратуры и профессионализма педагога при ее использовании.

Звукоусиливающие слухоречевые устройства для глухих и слабослышащих служат для электронной обработки передаваемых сигналов, т.е. преобразования их в такую форму, при которой они в важном для речи диапазоне частот со звуковым давлением, необходимым для компенсации потери слуха, будут восприниматься отдельно каждым ухом неслышащего человека.

Существует два типа звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования — проводные и беспроводные системы. На индивидуальных занятиях по развитию слухового восприятия и формированию произношения также широко используются слуховые тренажеры.

Стационарная звукоусиливающая проводная аппаратура

Стационарной звукоусиливающей проводной аппаратурой оборудованы многие детские специальные учреждения. Она используется для проведения занятий и уроков со слабослышащими и глухими детьми с целью коррекции слуха и развития речевых навыков.

На столе учителя, находящегося в центре полукружия столов учащихся, расположен пульт, представляющий собой современный усилитель, снабженный микрофоном, гнездами для подключения наушников ученика, отвечающего у доски, и электрическим входом для подключения магнитофона, проигрывателя и видеомагнитофона. Пульт педагога соединен проводами с индивидуальными пультами на столах детей, оснащенными головными телефонами (наушниками) и микрофонами для каждого ребенка. Часто на пультах учащихся имеется дополнительное гнездо для подключения вибратора, который облегчает восприятие звуков детям с небольшими остатками слуха.

Современная проводная аппаратура коллективного пользования (как импортная, так и отечественная) позволяет подобрать оптимальный слуховой режим для каждого ребенка за счет индивидуальной настройки частотных характеристик и усиления. Как отмечают в своей статье Е.Ю. Авдеева, Т.В. Пелымская и Н.Д. Шматко, стационарные усилители, как правило, обладают более широкими возможностями звукоусиления, чем индивидуальные слуховые аппараты, в частности, более широкой полосой пропускания частот (за счет как низких, так и высоких звуков)*.

Однако одним из заметных недостатков стационарной проводной аппаратуры является невозможность свободного передвижения по помещению как для детей, так и для педагога, что вызывает определенные неудобства при проведении уроков ритмики, физкультуры, различных дидактических игр.

Выделяют два типа проводной звукоусиливающей аппаратуры — одноканальную и двухканальную (или универсальную).

Одноканальная система коллективного обучения глухих и слабослышащих де-

*См.: Авдеева Е.Ю., Пелымская Т.В., Шматко Н.Д. Использование звукоусиливающей аппаратуры при обучении дошкольников с нарушенным слухом // Дефектология. — 1999. — № 4.

тей работает в одноканальном слухоречевом режиме, причем и преподаватель, и ученик держат микрофон вблизи рта. Связь может осуществляться в двух направлениях — от преподавателя к учащемуся и от учащегося к педагогу. Обеспечено и общение между учениками: учитель имеет возможность управлять процессом приема и передачи сигналов между ними.

Ядром одноканальной слухоречевой системы коллективного пользования, как и всех систем, является компактный блок управления, представляющий собой центральный усилитель-смеситель всех сигналов, которые через акустические преобразователи поступают к учащимся. С его помощью отдельные или смешанные и соответственно усиленные сигналы могут подаваться с микрофона преподавателя и с периферийных устройств в усилитель на столе ученика. Встроенный переключающийся автоматический регулятор усиления не допускает перемодуляции.

Для переговорной связи имеется приоритетная клавиша микрофона. До тех пор пока преподаватель не отпустит эту клавишу, все микрофоны учащихся отключены и передается только сигнал с микрофона учителя. Работа с монитором также возможна через встроенный контрольный громкоговоритель или головной телефон преподавателя. Это означает, что он может прослушивать и, следовательно, контролировать исходящие сигналы.

Сигналы, посылаемые компактным блоком управления, поступают на усилитель первого ученика. Последующие усилители на местах учащихся связаны друг с другом разъемными кабельными соединениями. Все они передают один и тот же сигнал в сменные блоки регулирования, для которых в усилителях учащихся предусмотрены специальные гнезда.

Сменный блок регулирования позволяет производить настройку в зависимости от степени потери слуха ребенка. Верхние и нижние частоты для правого и левого уха настраиваются отдельно. Это очень важно, так как с помощью согласующего устройства можно адаптировать систему в соответствии с возможностями каждого учащегося, т.е. каждый ученик получает свой собственный, настроенный на его слух сменный блок регулирования. Он может установить его в усилитель как на своем столе в классе, так и в любом другом классном помещении и всегда получить нужный сигнал. Благодаря этому дети пользуются относительной свободой передвижения.

Усилитель на месте учащегося кроме отделения для установки сменного блока регулирования имеет гнезда для подключения акустических преобразователей головного телефона, наушников костной проводимости, СА, вибратора, а также кнопку микрофона для переговорной связи и сигнальную лампочку.

В одноканальной системе на оба уха учащегося подается один и тот же сигнал с той лишь разницей, что его уровень регулируется, с помощью подключенного акустического преобразователя в зависимости от степени потери слуха.

По своим учебным и техническим возможностям одноканальная система коллективного обучения предназначена для использования в классах для детей, имеющих значительную потерю слуха.

Универсальная система коллективного обучения глухих и слабослышащих

детей состоит из тех же элементов, что и одноканальная, однако она позволяет работать в двухканальном режиме обмена сигналами.

Преподаватель и учащийся воспринимают акустический сигнал через дополнительный стереоскопический микрофон, для которого предусмотрен отдельный ползунковый регулятор уровня. Сигнал может подаваться учащемуся отдельно или в смеси с другими сигналами.

Такой способ передачи сигналов позволяет использовать способность к стереофоническому восприятию звука для более эффективного освобождения от помех, а также для акустической ориентации в пространстве.

Наиболее часто двухканальные слухоречевые системы применяются в школах для слабослышащих детей.

Из отечественных разработок проводной звукоусиливающей аппаратуры коллективного обучения наибольшее распространение получил аудиокласс "Сонет". Аппаратура, входящая в этот комплект, обладает следующими возможностями:

- расширенным частотным диапазоном;
- регулировкой тембра в трех полосах частотного диапазона;
- автоматической регулировкой усиления на каждом канале;
- световым 12-разрядным индикатором выходного сигнала на каждое ухо;
- миниатюрным микрофоном (на прищепке) для преподавателя и учащихся, выполненным в двух вариантах — направленном и широкополосном.

Технические характеристики устройства таковы: полоса пропускания частот составляет 0,06-10 кГц; уровень выходного сигнала — 136 дБ; регулировка тембра на низких частотах (до 250 Гц) — 30 дБ, на средних (до 3500 Гц) — 30 дБ, на высоких (до 7000 Гц) — 20 дБ.

Новые конструкторские решения позволили расширить возможности аппаратуры проводного типа, обеспечив лучшую разборчивость речи за счет повышения соотношения полезного сигнала и фонового шума.

Использование аудиокласса "Сонет" дает возможность педагогу руководить учебным процессом, прослушивая ученика персонально или в общем диалоге всего класса. Дополнительная индикация уровня выходного сигнала позволяет каждому ученику сохранять комфортный уровень восприятия речи, активизируя его участие в уроке.

Беспроводные системы звукоусиливающей аппаратуры

Беспроводная слуховая система в сочетании с индивидуальными СА может применяться в любой ситуации обычного учебного процесса, при профессиональном образовании и обучении, на рабочем месте или в быту для семейного общения.

К беспроводной аппаратуре относятся различные системы, работа которых основана на радиопринципе. В их состав входят: микрофон с радиопередатчиком для педагога, который прикрепляется клипсой к одежде или размещается на оголовье; радиоприемники детей, соединенные с индивидуальными СА или наушниками.

Радиосистема позволяет подключенному к ней с помощью радиоприемника ребенку в любом помещении или даже на улице слышать речь педагога. Приемники обладают специальной регулировкой усиления, что позволяет изменять его в зависимости от конкретных условий. Преимуществами радиосистем являются также возможность выделения голоса педагога из окружающего шума и его избирательное усиление.

Для каждой группы или класса, оснащенного радиосистемой, выбирается своя радиочастота. В качестве элементов питания используются аккумуляторные батареи, которые заряжаются через специальное зарядное устройство.

Оптимальный режим звукоусиления обеспечивается индивидуальными СА ребенка, а также усилением поступающего сигнала на радиоприемнике.

Инфракрасная двухканальная система коллективного обучения обладает теми же возможностями, что и описанная выше универсальная проводная система. Отличие состоит в том, что школьники пользуются беспроводными инфракрасными двухканальными приемниками.

Инфракрасное излучение служит основой беспроводной двух-канальной техники передачи. В системе использованы оптоэлектронные полупроводниковые элементы, обладающие оптимальными свойствами передачи и приема в инфракрасном диапазоне излучения. Поскольку инфракрасное излучение распространяется только внутри помещения, во всех классах можно работать на одной и той же частоте, при этом все приемники взаимозаменяемы.

Достоинствами такой системы являются: широкая область применения, высокое качество передачи, отсутствие влияния помех в соседних помещениях, взаимозаменяемость отдельных элементов в пределах системы.

Компактный блок управления подает сигналы на четыре установленных в классном помещении инфракрасных излучателя. Передающие диоды излучают эти сигналы в помещение. В его пределах учащиеся могут свободно передвигаться со своими инфракрасными приемниками, которые снабжены встроенными оптическими устройствами, обеспечивающими оптимальный прием сигналов в любой точке классного помещения. В зависимости от степени потери слуха усиление можно регулировать отдельно для правого и левого каналов, а также настраивать верхние и нижние частоты, исходя из индивидуальных способностей учащегося к слуховому восприятию. Излучаемые сигналы воспроизводятся посредством головных телефонов, наушников костной проводимости и каналов звуковой частоты.

Как передатчик и приемник одноканальной слуховой системы, так и двухканальный инфракрасный передатчик могут работать от никель-кадмиевого аккумулятора и сухих (щелочных) батарей. Для зарядки аккумуляторов используются специальные зарядные устройства, к которым аппараты подключаются посредством штепсельного разъема. Аккумуляторы и сухие батареи легко извлекаются из аппаратов и снова устанавливаются на место.

С учетом технических возможностей и особенностей преподавания беспроводная двухканальная слухоречевая система ("инфракрасная система") особенно эффективна для работы со слабослышащими учащимися.

Применение подобной системы — новый шаг на пути расширения возможностей речевого развития и, следовательно, общей реабилитации детей с расстройствами слуха.

Инфракрасная одноканальная слухоречевая система позволяет с переносного передатчика, находящегося у преподавателя, устанавливать беспроводную связь с любым числом приемников, находящихся у учащихся. Возможность обратной переговорной связи через передатчик отсутствует, однако ученики могут обмениваться акустическими сигналами через встроенные в приемник микрофоны. Кроме того, эти микрофоны служат для автоматического переключения на окружающее акустическое поле, если инфракрасного сигнала оказывается недостаточно для бесперебойной передачи.

Таким образом, возможны два режима работы — инфракрасный канал с одновременным автоматическим переключением микрофона на окружающее акустическое поле и инфракрасный канал с внутренним режимом работы микрофона.

Как и при двухканальной системе, инфракрасное излучение распространяется только в пределах классного помещения, не выходя наружу, что предполагает во всех классах работу на одной и той же частоте. Следовательно, все передатчики и приемники взаимозаменяемы. Они укрепляются на груди, что удобно как для преподавателя, так и для учащихся. Для помещений больших размеров, чем обычное классное (примерно 45 м²), необходимы ретрансляторы (усилители инфракрасного излучения).

Достоинства этой системы те же, что и двухканальной.

Инфракрасная частотно-импульсная модуляция позволяет экономить электроэнергию. Появилась, наконец, возможность создания портативных батарейных инфракрасных передатчиков в противоположность системам, инфракрасный передатчик которых работает только от электросети.

5. ИНДУКЦИОННАЯ ПЕТЛЯ

Извечная проблема — услышать из задних рядов большого зала, о чем говорят впереди. Это трудности не только людей, имеющих нарушения слуха, подобные проблемы возникают и у нормально слышащих.

Плохая слышимость в больших помещениях обычно обусловлена двумя факторами — пространственной удаленностью говорящего от слушающего (или слушающих) и уровнем звуковых помех, создаваемых находящимися в помещении людьми.

Специальная математическая формула позволяет вычислить уменьшение звукового давления голоса говорящего в зависимости от увеличения расстояния до него в свободном звуковом поле.

Во время разговора, ведущегося с обычной громкостью, уровень звукового давления голоса говорящего составляет около 60 дБ, но уже на расстоянии 2 м снижается до 30 дБ.

Исследованиями установлено, что для 100 %-ного восприятия, например, произносимых чисел требуется уровень звукового давления не ниже 48 дБ. На-

пример, двое беседующих уже на расстоянии 2 м не смогли бы на 100 % слышать произносимые каждым из них числа.

Акустические свойства закрытых помещений, кроме того, во многом зависят от их архитектуры, от покрытия стен и пола, наличия мебели. На качество восприятия речи оказывают влияние и побочные шумы (кашель, шуршание бумаги и т.д.), так называемые звуковые помехи.

Как же улучшить в таком случае положение, если рассматривать проблему все еще применительно к людям с нормальным слухом?

С такими факторами, как пространственное расстояние и звуковые помехи, можно справиться с помощью технических средств — установить микрофон для оратора, усилители и громкоговорители, позволяющие "уменьшить" расстояние между выступающим и слушателями и сгладить побочные шумы (звуковые помехи).

Проблема значительно усложняется для тех, кто пользуется СА, ведь усилитель такого аппарата не может различить, является ли принятый им сигнал полезным, т.е. речью выступающего, или же это звуковая помеха: в СА они усиливаются одинаково.

Для того чтобы найти выход из этого положения, была разработана индуктивная передача. Речь выступающего через микрофон (среднее расстояние от докладчика 20 — 30 см) передается на усилитель, к выходу которого подключен не громкоговоритель, а проложенная в помещении индуктивная петля. Индуктивная петля генерирует распределенное по всему помещению магнитное поле, составляющей которого является также и речь выступающего. Каждый страдающий нарушением слуха человек, пользующийся СА со встроенной телефонной катушкой, может принимать поступающий сигнал.

С точки зрения технических возможностей (таких, например, как качество звучания) сегодня существуют более совершенные аппараты для приема подобных передач, но ни один из них не отличается такой простотой в обращении. Без дополнительных затрат всякий, кто вынужден носить СА, может без проблем пользоваться им, т. е. подключиться к создаваемой магнитной сети. Откуда бы ни был владелец СА, местный ли он житель, гражданин этой страны или иностранец, если в его аппарат встроена телефонная катушка, он, придя в конференц-зал, может сразу, без каких-либо дополнительных принадлежностей слушать доклад, транслируемый посредством магнитного поля индуктивной петли.

6. СЛУХОВЫЕ ТРЕНАЖЕРЫ

В настоящее время созданы разнообразные специальные акустические устройства для работы с детьми и взрослыми, имеющими нарушения слуха, — слуховые тренажеры. Они представляют собой высококачественные усилители, подающие сигналы как на головные телефоны, так и на специальные вибраторы. Такие тренажеры обычно обладают более широкой, чем индивидуальные СА, полосой пропускания частот и большими возможностями изменения частотных и динамических характеристик звукового сигнала. Это позволяет адекватно подобрать для каждого ребенка индивидуальный режим слухового восприятия.

Фонаторные системы — это устройства, обеспечивающие прекрасную возможность слухоречевого обучения пациентов со значительной или практически полной потерей слуха. Тренажер "Фонатор" предназначен также для индивидуальных занятий по формированию речи у глухих и слабослышащих детей.

Как известно, звуки возникают, когда та или иная среда начинает вибрировать, как, например, струны скрипки или голосовые связки. Колебания передаются по воздуху как транспортирующей среде к уху и барабанной перепонке. Но эти же звуки можно с помощью специальных технических средств кодировать и усиливать таким образом, чтобы они воспринимались поверхностью тела, кожей и как сигналы "декодировались" глухими. Этот вибрационный образ служит фонетико-фонологическим дополнением образов устной речи и позволяет, например, отчетливо различать звонкие и глухие звуки, высокие и низкие регистры, звуки малой и большой длительности, сильную или слабую громкость высказывания.

Фонатор создает возможность для распознавания отдельных звуков или групп звуков. Такой вид восприятия представляет собой комбинацию зрительных и вибрационных ощущений, содействующую улучшению понимания полученной информации, развитию речемоторной функции, повышению речевой способности.

Хотя вибрационное восприятие и не заменяет слух, но оно стоит ближе всего к нему как чувственное восприятие. Вне всякого сомнения, фонатор — незаменимое вспомогательное средство для людей с полной или значительной потерей слуха в их повседневной жизни, и начинать пользоваться им следует как можно раньше.

Фонатор состоит из базового блока, микрофона для низких частот (глухие лучше воспринимают низкие частоты), наушников, выдерживающих в течение длительного времени звуковое давление 130 дБ без искажений сигнала, вибратора, преобразующего звуковые сигналы в вибрационные для тактильного восприятия, актикулационного стола, оборудованного откидывающимся зеркалом, грифельной доской; индикатором для постановки отдельных звуков (шипящих, носовых и т.д.).

Слухоречевые тренажеры отечественного производства

В практической работе достаточно широко используются слу-хоречевые тренажеры отечественного производства. К ним относится тренажер "СОЛО", выполненный на базе индивидуального усилителя аудиокласса "Сонет-01-1". Этими тренажерами оснащены сурдологические кабинеты; они успешно применяются для организации индивидуальных занятий по развитию слухового восприятия в специализированных учебных заведениях, для отработки ритмико-интонационной стороны речи. Благодаря простоте управления тренажер "СОЛО" рекомендуется и для применения в домашних условиях с целью развития речи, исправления дикции у детей с пониженным слухом и при коррекционной работе с детьми, имеющими различные дефекты речи.

В комплект тренажера входят следующие элементы: темброусилительный блок, микрофон учителя, микрофон и головной телефон ученика, адаптер для подключения к сети.

В настоящее время широкое использование в специальных учреждениях для

детей с нарушением слуха получила звукоусиливающая аппаратура "Глобус"

Комплект "Глобус" представляет собой трехканальный усилитель звуковой частоты. Два телефонных канала (левый и правый) используются для передачи звуковой информации на уши пациента, а третий — для формирования вибрационных воздействий, пропорциональных интенсивности речи педагога и ученика. Интенсивность звукового воздействия регулируется ступенчатыми переключателями "Уровень" и плавным регулятором "Усиление". При этом сила звука в головных телефонах и его спектральный состав регулируются независимо в каждом канале. Уровень звукового сигнала в каналах левого и правого уха контролируется световым индикатором, градуировка которого соответствует уровню звукового давления в децибелах. Усиление звукового сигнала в оптимальной для каждого ребенка полосе частот регулируется "срезом" фильтров верхних и нижних частот. Установка нижней граничной частоты полосы пропускания канала осуществляется переключением левого ступенчатого переключателя "Фильтр", а верхней граничной частоты — переключением правого ступенчатого переключателя каждого канала. Для регулирования уровня вибрационного воздействия со стороны вибратора используется регулятор "Мощность".

Аппарат выполнен в виде настольного прибора. На передней стенке его корпуса расположены два гнезда для подключения микрофонов, включатель компрессора УЗД, гнезда для подключения наушников и вибратора. К аппарату можно также подключать магнитофон, телевизор, приемник и т.д.

Сурдологопедический тренажер для речевой реабилитации инвалидов по слуху "Дэльфа-130" предназначен для коррекции произношения у детей и взрослых, а также для работы по формированию речи у глухих и слабослышащих. Широкий выбор методов и глубина обработки речевой информации позволяют использовать его в детских садах, специальных школах, интернатах и лечебных учреждениях, а также при домашних занятиях родителей с детьми.

Тренажер состоит из персонального IBM-совместимого компьютера, электронного преобразователя, микрофона и программы, записанной на одной или нескольких дискетах.

Звуки, произносимые учеником в микрофон, передаются в электронный преобразователь, который суммирует информацию об их уровне и частоте. Эта информация поступает в процессорный блок компьютера, где она обрабатывается по программе, записанной с дискеты; результаты этой обработки отображаются на экране видеомонитора. Учитель и ученик могут управлять программой с помощью клавиатуры.

Методическая программа тренажера создана с учетом специфики работы и логопедов, и сурдопедагогов детских учреждений. Простота и ясность управления, широкий выбор упражнений и игр делают "Дэльфу-130" хорошим подспорьем и для родителей, занимающихся с детьми в домашних условиях, и для самостоятельных занятий подростков и взрослых, которым необходимо закрепить навыки правильного произношения.

Основополагающий принцип действия тренажера — возможность зрительно-го контроля за формированием произносительных навыков. Идея опоры на зре-

ние в работе над устной речью не нова как для современной сурдопедагогики, так и для логопедии, однако компьютерная техника позволила реализовать эту идею на качественно новом уровне. Звучащая речь становится видимой, т.е. все звуки, которые произносятся в микрофон, появляются на экране компьютера в виде картинок мультипликаций. Ученик ищет приемы самоконтроля, которые помогают удержать на экране желаемую картинку, благодаря чему фиксируется правильное произношение.

Тренажер позволяет отрабатывать такие важные параметры ритмико-интонационной структуры речи, как интонация, темп, слитность, словесное ударение и т.д., произношение многих звуков русского языка. При этом обеспечивается возможность коррекции произношения изолированных звуков, слогов, слов, словосочетаний, фраз, т. е. различных речевых единиц.

Экран тренажера реагирует на такие свойства и особенности речи, как

- интенсивность голоса (громкость),
- носовой оттенок звучания,
- правильность артикуляции звуков,
- качество произношения дифтонгов и монофтонгов,
- длительность произношения звука, слога, слова, фразы,
- правильность ударения, ритма, темпа и т.д.

Компьютерный тренажер позволяет работать не просто индивидуально, но по-разному с каждым ребенком. Так, например, в качестве образца звука можно сохранить в памяти компьютера лучшие на данный момент попытки ребенка, стимулируя его к собственному индивидуальному достижению. Зная, что у ученика слишком тихий голос, можно изменить значение порога чувствительности, и картинка на компьютере не начнет двигаться до тех пор, пока голос не достигнет нормальной разговорной громкости. Можно изменять уровень сложности речевых упражнений в зависимости от возможностей ребенка.

Опыт применения даже самых современных компьютерных тренажеров показывает, что, работая только с ними, нельзя решить всех проблем формирования правильного произношения. Однако их использование, особенно при работе с детьми, делает занятия привлекательными, обеспечивая необходимый психологический и эмоциональный настрой.

7. FM-СИСТЕМЫ

Каждому из нас не раз доводилось сталкиваться с технологией, именуемой FM (аббревиатура английского термина frequency modulation — частотная модуляция). Мы слушаем FM-радио, знаем, что этот вид связи используется в некоторых бытовых радиопередатчиках, в диапазоне FM работают радиостанции спецслужб. Опыт убеждает нас, что FM отличается высоким качеством передачи звука. Транслируемая музыка почти не отличается от записи на компакт-диске.

Представьте себе, что мы находимся в достаточно большом помещении, где проходит совещание, конференция, лекция и т.п. Ни один, даже самый совершенный слуховой аппарат не может приблизить нас к говорящему (педагогу, докладчику). Поэтому уровень звука, поступающего к микрофону слухового аппарата, во

много раз ниже уровня громкости речи оратора. Прибавьте к этому окружающий шум, который бывает сопоставим по своей громкости с источником полезной информации, а иногда и перекрывает его. Конечно, существуют слуховые аппараты с направленными микрофонами, но может оказаться, что источник шумовых помех (например, переговаривающиеся слушатели) находится в том же направлении, что и докладчик. Кроме того, помехи часто представляют собой голоса посторонних людей, поэтому система шумоподавления аппарата может не расценить их как шум и оставит без изменения. Наконец, очень большую проблему представляет собой реверберация — многократное отражение звуков от стен, потолка, предметов обстановки и т.п. Все эти звуки одновременно поступают на микрофон слухового аппарата, перекрывая и "забивая" друг друга.

Существует ли решение этой проблемы? Конечно. Для этого достаточно вплотную подойти к говорящему, чтобы уровень его голоса преобладал над всеми перечисленными выше помехами. Но всегда ли мы можем это сделать? К сожалению, нет. Тем не менее, выход есть. Это — использование современных FM-систем, которые могут "приблизить" нас к источнику полезной информации.

Компания PHONAK предлагает разнообразные FM устройства, предназначенные для использования в различной обстановке. Многочастотные приемники FM-сигнала, совместимые практически со всеми моделями слуховых аппаратов, снабженных аудиовходом. Особенностью всех приемников является автоматическая настройка на частоту передатчика, исключая необходимость каких-либо дополнительных манипуляций.

FM-передатчики — предназначены как для коллективного (например, в школе), так и для личного использования. Сам передатчик прикрепляется к поясу или одежде. Это устройство снабжено аудиовходом и может быть легко подключено к любому внешнему источнику звука (магнитофону, телевизору, проигрывателю). Можно слушать музыку и смотреть телепередачи, не мешая окружающим и сохраняя возможность свободного передвижения по квартире.

Для пользователей, ведущих наиболее активный образ жизни, PHONAK предлагает универсальное устройство smartlink. Это FM-передатчик, дополненный функциями направленного микрофона с тремя степенями направленности (ненаправленный, группа собеседников, один собеседник), пульта дистанционного управления слуховым аппаратом, устройства беспроводной связи с мобильным телефоном и аудио-адаптера. Дизайн устройства напоминает очень маленький мобильный телефон. Его можно положить на стол во время совещания, носить на шнурке на шее или в кармане одежды.

Достоинства FM-связи теперь могут оценить не только обладатели слуховых аппаратов, но и пациенты, пользующиеся кохлеарными имплантами. PHONAK производит приемник microlink CI, совместимый с большинством моделей заушных и карманных речевых процессоров.

FM-связь обладает рядом преимуществ:

- чистый звук без помех от аудиотехники и телефона
- интеллектуальная система распознавания сигнала
- высокая степень свободы благодаря беспроводной связи
- работа системы полностью автоматическая

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СЛУЖБАХ ПОМОЩИ И ОРГАНИЗАЦИЯХ ДЛЯ СЛЕПОГЛУХИХ

Институт профессиональной реабилитации и подготовки персонала Всероссийского общества слепых "Реакомп"

— РЕАБИЛИТАЦИЯ СЛЕПОГЛУХИХ

— ПОДГОТОВКА ТИФЛОСУРДОПЕРЕВОДЧИКОВ

- для сопровождения слепоглухих в медицинские учреждения,
- для посещения объектов соцкультбыта,
- для государственных учреждений,
- для учебных заведений.

— ОБУЧЕНИЕ СЛЕПОГЛУХИХ, РЕАБИЛИТОЛОГОВ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ РАБОТЕ НА ПЕРСОНАЛЬНОМ КОМПЬЮТЕРЕ

— РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПЫТА СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СЛЕПОГЛУХИХ В РЕГИОНАХ РОССИИ

Адрес: 129010, Москва, Протопоповский пер., 9

Тел./факс: (495) 680-7515, 680-9850

e-mail: info@rehacomp.ru

<http://www.rehacomp.ru>

Совет по работе со слепоглухими при ЦП ВОС

Зав. приемной Иванова Галина Ильинична. Тел. (495) 625-3730

НОУ Центр реабилитации слепых ООО ВОС

Генеральный директор Степанов Сергей Иванович

Адрес: 143600, г. Волоколамск Московской обл., ул. Панфилова, 33/5

код 236 (из Москвы), 49636 (из России), факс: 2-23-39, 2-33-05

e-mail: volokolamskcrs@mtu-net.ru

Бийский филиал Волоколамского ЦРС им. М.Н.Наумова

Директор Астанин Анатолий Макарович.

Адрес: 659330 г. Бийск, Алтайского края, Красноярский пер., 87

Тел./факс: (3854)35-30-43

Сергиево-Посадский детский дом для слепоглухих

Адрес: 141300 Моск.обл., г. Сергиев Посад, ул.Пограничная д.20

Тел.: (496)542-8485, 728-4983

Государственное научное учреждение ГНУ "Институт коррекционной педагогики РАО (ИКП РАО)

Лаборатория содержания и методов обучения детей со сложной структурой дефекта

Заведующая Соломатина Ирина Владимировна, к.психол.н.

Тел.: (495) 246-4467

МООИ ОСПСГ 'ЭЛЬВИРА'

— КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЛЕПОГЛУХИХ

Адрес: 127576, г. Москва, п\о 576, а\я 9

Сироткину С.А. (для редакции)

Тел./факс: (495) 684-2541, 536-6248

e-mail: sirotkin@rehacom.ru

s-elvira@mtu-net.ru

филиалы МООИ ОСПСГ 'ЭЛЬВИРА'

- | | |
|---|---------------------------|
| — отделение при Дагестанской РО ВОС | тел., факс: (722)67-0945 |
| — отделение при Московской городской РО ВОС | тел.: (495)943-5494 |
| — отделение при Московской областной РО ВОС | тел., факс: (495)915-1084 |
| — отделение при Мурманской РО ВОС | тел.: (152)53-9710 |
| — отделение при Оренбургской РО ВОС | тел.: (3532)33-5204 |
| — отделение при Пермской РО ВОС | тел.: (342)212-9785 |
| — отделение при Санкт-Петербургской РО ВОС | тел.: (812)232-1168 |
| — отделение при Свердловской РО ВОС | тел.: (343)353-7753 |
| — отделение при Тверской РО ВОС | тел.: (4822)36-7530 |
| — отделение при Удмуртской РО ВОС | тел.: (3412)22-1525 |
| — отделение при Челябинской РО ВОС | тел.: (351)263-5891 |

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева И.Ю. Современный этикет. Пособие для инвалидов по зрению. Н. Новгород, 2003.
2. Авдеева Е.Ю., Пелымская Т.В., Шматко Н.Д. Использование звукоусиливающей аппаратуры при обучении дошкольников с нарушенным слухом // Дефектология, № 4, 1999. — С. 77-81.
3. Александр Иванович Мещеряков (к 80-летию со дня рождения) // Дефектология, №6, 2003. — С. 81-83.
4. Базоев В.З. Паленный В.А. Человек из мира тишины. М.: ИКЦ "Академкнига", 2002.
5. Басилова Т.А. Жизнь и творчество О.И. Скороходовой / Сурдотифлопедагог Ольга Ивановна Скороходова: биобиблиогр. указ. / Рос. гос. биб-ка для слепых; сост. Н.Д. Шапошникова. М.: ИПТК "Логос" ВОС, 2002. — С. 5-14.
6. Басилова Т.А. Иван Афанасьевич Соколянский // Дефектология, №2, 1989. — С.71-75.
7. Басилова Т.А. Как начиналось обучение слепоглухих детей в России // Дефектология, №2, 1999. — С. 61-64.
8. Басилова Т.А. Полвека международной организации помощи слепоглухим // Дефектология, №6, 1999. — С. 57-59.
9. Басилова Т.А., Саломатина И.В. Слепоглухой человек и мир вокруг (семинар, посвященный 100-летию со дня рождения А.В. Ярмоленко) // Дефектология, №5, 2000. — С. 82-85.
10. Выготский Л.С. Мышление и речь. М., 1996.
11. Ганжин В.Т., Суворов А.В. Этика общения слепоглухих со зрячеслышащими // Психологический журнал, №6, 1998. — С. 28-38.
12. Гейльман И.Ф. Дактилология. Учебное пособие. Л.: ЛВЦ ВОГ, 1981.
13. Гейльман И.Ф. Специфические средства общения глухих (в 4-х частях). Л.: ЛВЦ ВОГ, 1975-1979.
14. Гейльман И.Ф. Знакомьтесь: ручная речь. Учебное пособие. М., 2001.
15. Государственный доклад "О положении инвалидов в Российской Федерации". М., 1998.
16. Диккенс Ч. Американские заметки (об обучении слепоглухонемой Л. Бриджмен) /Собр. соч. в 30 томах. М.: Гослитиздат, 1958. — Т. 9, С. 45-61.
17. Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухих детей /Сб. науч. тр. НИИ дефектологии АПН СССР. М., 1990.
18. Зайцева Г.Л. Жестовая речь. Дактилология. Учебник для вузов. М., 2000.
19. Келлер Е. История моей жизни. М.: Изд-во "Захаров", 2003.

20. Коррекционно-воспитательная работа с детьми при глубоких нарушениях зрения и слуха /Сб. науч. тр. НИИ дефектологии АПН ССР. М., 1986.
21. Красноусов П.Д., Шоев Ф.И. Луи Брайль. М.: ВОС, 1976.
22. Крылатов Ю.Д. Азбука чутких рук. Л.: ЛВЦ ВОГ, 1988.
23. Левитин К.Е. Я прошла сквозь мрак и бури... (об О.И. Скороходовой). М.: ВОС, 1976.
24. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. М.: Педагогика, 1974.
25. Руленкова Л.И., Смирнова О.И. Аудиология и слухопротезирование. Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. М.: Академия, 2003.
26. Сироткин С.А., Шакенова Э.К. Как общаться со слепоглухими. Учебное пособие. Изд-е 2-е. М., 2003.
27. Сироткин С.А., Шакенова Э.К. Особенности жестового языка слепоглухих / Сб.: Повышение эффективности речевого режима в условиях слухоречевой реабилитации. Л.: ЛВЦ ВОГ, 1980 — С. 48-54.
28. Сироткин С.А., Шакенова Э.К. Слепоглухие. Социально-психологическая характеристика контингента. М.: ВОС, 1987.
29. Сироткин С.А., Шакенова Э.К. Слепоглухота. Классификация и проблемы. М.: ВОС, 1989.
30. Слепоглухонемота: исторические и методологические аспекты. Мифы и реальность. М.: Изд-во Философского Общества СССР, 1989.
31. Слепоглухота — уникальная инвалидность. Проблемы и перспективы реабилитации слепоглухих (материалы научно-практической конференции, проведенной 30 ноября 2005 года НУ ИПРПП ВОС "Реакомп"). М.: ВОС, 2005.
32. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир. М.: Педагогика, 1972.
33. Соколянский И. А. Усвоение слепоглухонемым грамматического строя словесной речи /Доклады АПН РСФСР. Вып. №1. М., 1959.
34. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты ООН в 1993 г., резолюция №48).
35. Усик В.А. Технические средства для инвалидов по зрению. Министерство медицинской промышленности СССР. ЦБНТИ. Сер. Промышленность медицинской техники. М., №2, 1980.
36. Фрадкина Р.Л. Говорящие руки. М., 2001.
37. Ярмоленко А.В. Очерки психологии слепоглухонемых. Л.: Изд-во ЛГУ, 1961.