

Розділ 1

ПОРУШЕННЯ СЛУХУ



1.1. БУДОВА СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА

Слух — це відчуття, обумовлене сприйманням звукових коливань. Його значення неоцінне у психічному розвитку людини.

Орган слуху має складну будову. Слуховий аналізатор складається з трьох основних відділів: зовнішнього, середнього та внутрішнього (рис. 1). Перші два відділи виконують звукопровідну функцію, третій — звукосприймальну функцію.

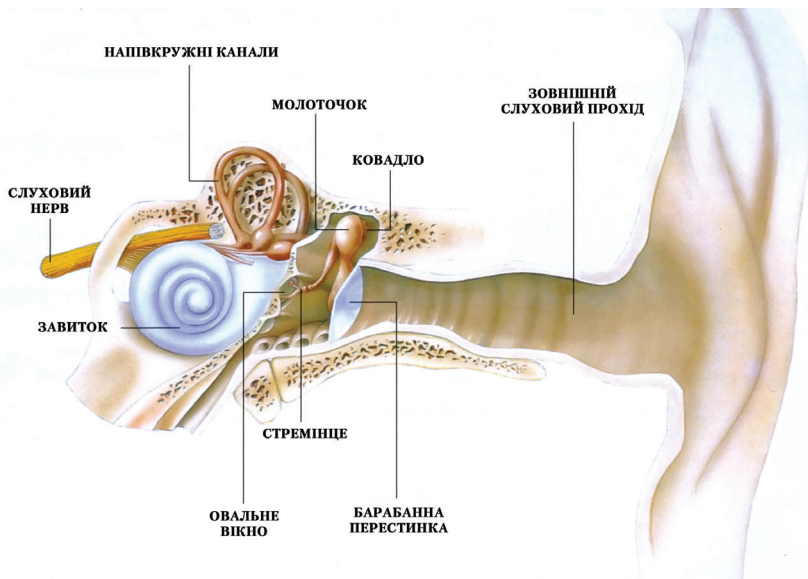


Рис. 1. Будова слухового аналізатора

Зовнішнє вухо представлене вушною раковиною, зовнішнім слуховим проходом, барабанною перетинкою. Вушна раковина вловлює та спрямовує звукові хвилі у слуховий прохід, який про-

водить звуки до барабанної перетинки. Барабанна перетинка знаходиться між зовнішнім та середнім вухом.

Середнє вухо знаходиться між зовнішнім слуховим проходом та внутрішнім вухом. Барабанна перетинка містить в собі три слухові кісточки, з'єднаних між собою: молоточок, ковадло, стремінець. Ці кісточки передають звукові коливання від барабанної перетинки до овального вікна внутрішнього вуха.

Внутрішнє вухо або лабіринт, є системою порожнин та каналів, заповнених рідиною. Функцію слуху тут виконує лише завитка — спірально закручений канал. Однією із частин внутрішнього вуха є вестибулярний апарат, який відповідає за відчуття положення тіла людини в просторі, підтримує рівновагу, забезпечує прямоходіння людини.

Сприймання звуку здійснюється чутливими кінцівками слухового нерва. Слуховий нерв є «провідником», по якому сигнали звукових коливань досягають ділянки кори головного мозку, що сприймає та обробляє звукову інформацію. Цю ділянку називають слуховим центром. Вона забезпечує розрізнення звуків, тонів, шумів, які входять в мовленнєві сигнали та слугують умовою розуміння вербального мовлення.

Слуховий аналізатор починає працювати з моменту народження дитини. Гучні звуки у немовляти зупиняють або уповільнюють смоктальні рухи, можуть змінювати ритм дихання, частоту пульсу. На третьому місяці життя немовля вже реагує на різні звуки, впізнає голос матері. Пізніше дитина здатна розрізняти інтонацію та окремі слова. Наприкінці другого — на початку третього року закінчується формування органу слуху.

1.2. ПАРАМЕТРИ СЛУХУ

Найважливішим для оцінки слуху є вивчення здібності людини сприймати шепітне та розмовне мовлення.

Звукові хвилі характеризуються двома параметрами — децибел (дБ) і герц (Гц). Одиниця потужності звуку — дБ , яка діє на площу в 1 км^2 . Гц — це частота звукових хвиль за 1 секунду. Чим частіші хвилі, тим вищий звук.

Людське вухо нормально сприймає звук від 16 до 20000 Гц. Більшість людей може розрізняти «на слух» різницю 1 – 2 Гц, а є й такі, які володіють абсолютним музичним слухом, тобто можуть розрізняти тональність звуку навіть за умови, коли його немає з чим порівняти. Найчутливіше наше вухо до звуків із частотою коливань від 1000 до 4000 Гц.

Діапазон людського мовлення складає від 100 до 1200 Гц.

Характеристика звуків:

- Шелестіння листя при вітрі – 10 дБ;
- Шепотіння поблизу вуха – 25 – 30 дБ;

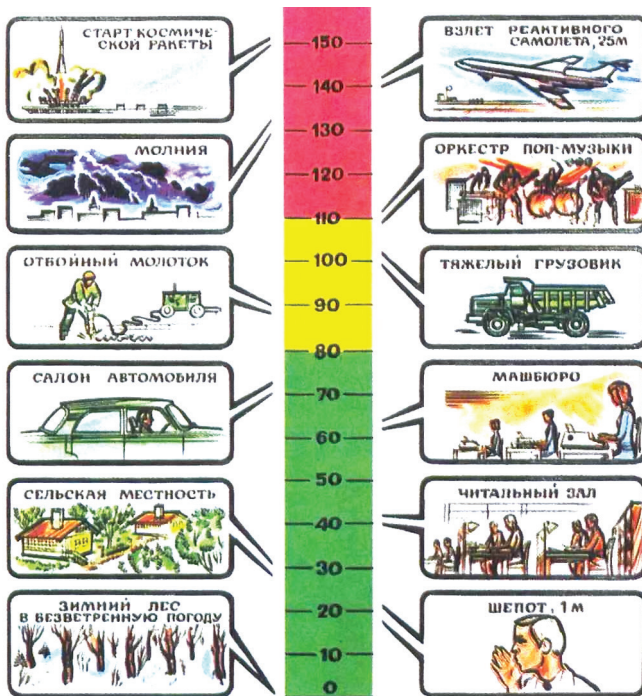


Рис. 2. Характеристика звуков у дБ

- Шум спокійної вулиці (вдень) – 50 – 60 дБ;
- Мовлення середньої гучності – 60 – 70 дБ;

- Голосна музика по радіо, звук оркестру — 80 дБ;
- Шум потягу в метро — 90 дБ;
- Квакання жаб — 100 дБ;
- Ричання лева — 114 дБ;
- Шум реактивного літака (на відстані 25 м) — 140 дБ;
- Межа больових відчуттів становить приблизно — 120 дБ.

Сучасна класифікація порушень слуху у слабочуючих осіб розрізняється залежно від середньої величини зниження порогів слуху (таблиця № 3) та у глухих від висоти сприймання звуків (таблиця № 2). У зазначеній класифікації децибели показують, якої гучності звуки не чує людина. Чуюча людина сприймає шепітне мовлення на відстані 5 м — низькі звуки та 20 м — високі звуки, мовлення звичайної гучності — 30 м — це від 0 до 15 дБ (рис. 3).

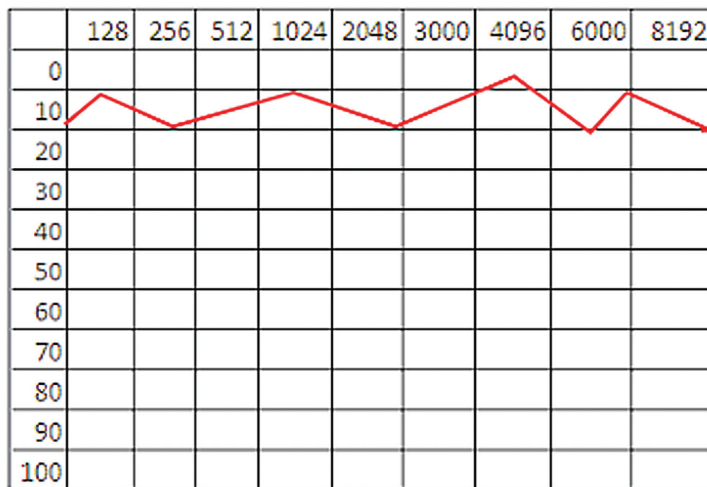


Рис. 2. Типова аудіограма чуючої людини

1.3.ВИДИ ПОРУШЕНЬ СЛУХУ

Порушення слуху — це відсутність або ураження, зниження слуху, що зумовлює помилкове сприймання оточуючих звуків. Порушення слуху поділяється на 2 види: глухота та туговухість (схема 1).

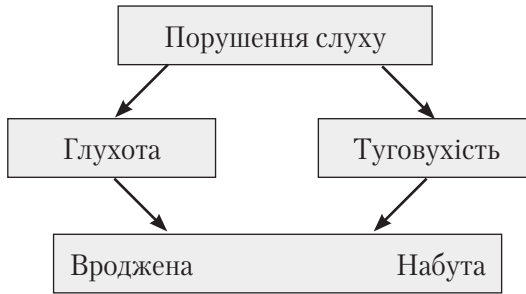


Схема 1. Види порушень слуху

Глухота — найрізкіший ступінь ураження слуху або його значне зниження, при якому розбірливе сприймання вербального мовлення стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. У більшості випадків зберігаються хоча б невеликі залишки слуху. З їхньою допомогою дитина може сприймати дуже гучні, різкі немовленнєві звуки (дзвінок, свисток), а іноді прості, добре знайомі слова, які вимовляються чітко і голосно біля вушної раковини.

№	Зниження слуху у Гц	Висота сприйняття звуків дитиною	Група
1.	до 256	чує дуже низькі звуки немовного походження	I
2.	512	немовні та голосні звуки	II
3.	1024	чує голосні звуки і знайомі слова	III
4.	2048	розпізнає знайомі фрази	IV

Таблиця 1. Педагогічна класифікація порушень слуху

Вроджена глухота зустрічається нечасто. Причинами її є:

- неправильний розвиток слухового органу у період вагітності матері;
- несприятливі умови розвитку плоду в результаті дії шкідливих чинників в період вагітності матері: перенесені інфекційні захворювання (грип, кір, краснуха); вживання матір'ю

алкоголю та наркотиків; використання антибіотиків (ліки, які закінчуються на *-іцин*, наприклад, стрептоміцин) та інших лікарських препаратів; травма плоду в перші три місяці вагітності.

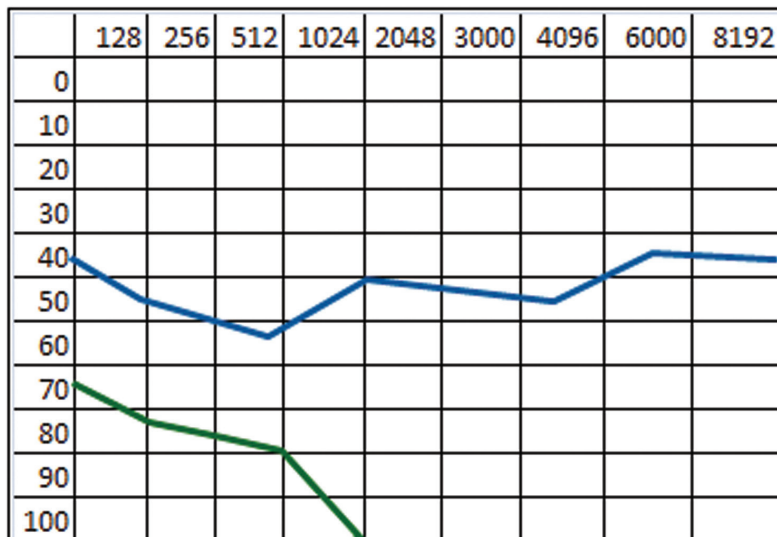


Рис. 3. Типова аудіограма глухої та слабочуючої людини
(синій колір — слабочуюча, зелений — глуха)

Набута глухота може розвиватися у будь-якому віці. Причиною можуть бути запальні процеси у внутрішньому вусі та слуховому нерві, що розвиваються як ускладнення після гострого (хронічного, середнього) отиту, менінгіту, інфекційних хвороб, отосклерозу.

Внаслідок тривалого впливу на органи слуху вібрацій, сильного шуму може виникнути професійна глухота.

Тугоухість — стійке зниження слуху, що виражається в різному ступені: від незначного порушення сприймання шепітного мовлення до різкого обмеження можливості сприймання мовлення розмовної гучності.

№	Зниження слуху у дБ	Порушення слуху у дитини	Показник
1.	16 – 45	Легке порушення. Шепітне мовлення чує на відстані 1,5 – 3 м, розмовне – 4 – 5 м	Туговухість I ступеня
2.	46 – 55	Середнє порушення. Шепітне мовлення – 0,5 – 1,5 м, розмовне – 3,5 м	Туговухість II ступеня
3.	56 – 75	Важке порушення. Шепітне мовлення не чує, розмовне – 1 – 3 м	Туговухість III ступеня
4.	76 – 90	Глибоке порушення. Розмовне мовлення до 1 м або крик біля вушної раковини	Туговухість IV ступеня
5.	Більше 90	Не чує без звукопідсилювальної апаратури ні шепоту, ні мовлення	Глухота

Таблиця 2. Медична класифікація порушень слуху

Причини виникнення туговухості різноманітні. Погіршення слуху настає:

- як результат гострого або хронічного запалення середнього вуха: відбуваються патологічні зміни в середньому вусі — прорив барабанної перетинки, рубці, зрощення, що призводять до порушення рухливості барабанної перетинки та ланцюга слухових кісточок;
- як результат хронічних захворювань носа і носоглотки (наприклад, аденоїди), при цьому порушується прохідність євстахієвої труби та нормальної вентиляції середнього вуха;
- як результат перенесених інфекційних захворювань (скарлатини, грипу, корі);
- як результат вроджених аномалій органів слуху в ембріональному періоді.

Туговухість вроджена чи набута у домовленнєвий період може призвести до порушення нормального вербального розвитку дитини. Його ступінь і характер при туговухості залежить від вза-

ємодії трьох основних чинників: ступеня порушення, часу виникнення ураження, умов розвитку дитини після ураження слуху.

Діти, у яких туговухість пов'язана із захворюванням середнього вуха, патологічними процесами у носі, носоглотці, потребують спеціального лікування.

У слабчуючої дитини діяльність одного зі слухових аналізаторів порушена частково. В порівнянні з глухими така дитина компенсує свої порушення за рахунок двох аналізаторів: зору та залишкового слуху.

1.4. ТИПИ ПОРУШЕНЬ СЛУХУ

Фахівці розділяють всі випадки порушень слуху на три основні типи (схема 2):



Схема 2. Типи порушень слуху

Кондуктивний тип порушення слуху має відношення до зовнішнього і середнього вуха. Виявляється як порушення нормальної передачі звуку слуховим каналом та/або середнім вухом до внутрішнього вуха. Найчастіші причини випадків кондуктив-

ної втрати слуху — закупорка слухового каналу вушною сіркою, перфорація барабанної перетинки, наявність рідини в середньому вусі (часто зустрічається у дітей), пошкодження або дефекти кісточок середнього вуха.

Нейросенсорний тип порушення слуху трапляється, коли нервові закінчення внутрішнього вуха втрачають чутливість. Вони стають нездатні перетворювати звукові коливання в електричні сигнали, необхідні слуховому нерву. Пошкодження слухового нерва також може стати причиною порушення слуху, якщо не забезпечуватиме попадання сигналів у мозок. Хоча це порушення може бути спричинене також дією надмірного шуму (при тривалій роботі в гучній обстановці) або віковим старінням організму.

1.5. МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ СЛУХУ

Обстеження слуху — найважливіша частина слухової діагностики. Людське вухо має складну структуру і сприятлива робота всіх його компонентів є основою нормального слуху. У процесі діагностичного обстеження фахівці проводять спеціальне тестування, за наслідками якого складається аудіограма. Від результатів діагностики та її своєчасності залежить вибір способів лікування і відновлення слуху.

Види та етапи діагностики слуху

- **ЛОР-огляд**, який дозволяє діагностувати незначні зміни у стані вуха, горла, носа.

- **Консультація лікаря-аудіолога** з усіх питань, пов'язаних з порушеннями слуху, використанням СА і допоміжних засобів звукопідсилення.

- **Безумовно-рефлекторна аудіометрія** заснована на реєстрації рефлекторних реакцій організму при пред'явленні звукових сигналів. Застосовується для дослідження слуху у дітей до 1 року.

- **Умовно-рефлекторна аудіометрія** проводиться, коли вже вироблений умовний рефлекс на звук і світло. Після цього фіксується реакція на звук без пред'явлення світлового сигналу. За-

стосовується для дослідження слуху у дітей старше одного року.

- **Ігрова аудіометрія** застосовується для дослідження слуху у дітей менше 4 років. При проведенні досліджень застосовується спеціальний аудіометр, який дозволяє в процесі гри визначити стан слуху у дітей.

- **Дослідження слуху розмовним мовленням** виконується для визначення здатності пацієнта чути і розуміти мовлення співбесідника за звичайних умов, а також для підтвердження правильності дослідження слуху іншими тестами.

- **Тональна порогова і надпорогова аудіометрія** визначає слухову чутливість на звуки різної частоти. У спеціальній звукоізований камері, на частотах від 125 до 8000 Гц, визначається мінімальна інтенсивність звуку, яка викликає слухове відчуття. Надпорогова аудіометрія проводиться для глибшого і точнішого дослідження стану слухового аналізатора, має велике значення для правильного вибору і налаштування СА.

- **Мовленнєва аудіометрія** є основним методом для визначення соціального і клінічного стану слуху. Без результатів дослідження розбірливості вербального мовлення аудіограма є неякісною і не може бути використана для підбору і налаштування СА. Дослідження проводиться шляхом пред'явлення заздалегідь записаних за допомогою цифрового носія (CD-диск) тестових слів і визначення їхньої розбірливості. Результати використовуються для розрахунку параметрів СА з метою досягнення максимально можливої розбірливості мовлення.

- Вестибулярний (відповідальний за координацію рухів) і слуховий аналізатори тісно пов'язані між собою як анатомічно, так і функціонально. При порушенні слухової функції також часто порушується рівновага людини. Для виявлення порушень слухового аналізатора найважливішим тестом є **тональна гранична аудіометрія** — дослідження порогів слуху на різних частотах. Діагностика проводиться в спеціальній звукоізований кабіні. Через навушники чи внутрішньовушні телефони лікар подає пацієнту звуки різної частоти і гучності. Пацієнт натискає на кнопку, повідомляючи лікарю про те, що звук почутий. На наступному

етапі дослідження звук подається не через навушники, а через так званий кістковий вібратор, розташований на лобі чи на кісточці за вухом. Результати дослідження лікар наносить на аудіограму. Вертикальні лінії на аудіограмі позначають звукові частоти, горизонтальні лінії — інтенсивність звуку в дБ (*див. рис. 3*). Дослідження триває 20 — 40 хв і, зазвичай, не має протипоказань і ускладнень.

- **Акустична імпедансометрія** застосовується при диференціальній діагностиці захворювань середнього вуха та для отримання даних про функціональний стан VII і VIII пар черепно-мозкових нервів і стовбура мозку. При діагностиці у вуха пацієнта вставляється спеціальна пробка, яка з'єднана з приладом-імпедансометром, за допомогою якого у зовнішньому слуховому проході створюється негативний чи позитивний тиск, а також подаються різні звуки. Тривалість обстеження 10 — 20 хв.

- **Обстеження акустично викликаних потенціалів мозку.** При обстеженні реєструється відповідь мозку на звукові стимули. Стимулами є короткі акустичні звуки, що подаються через навушники. Зміна потенціалів мозку реєструється спеціальними електродами, закріпленими на шкірі голови пацієнта, і фіксується на комп'ютері. Відповідь складається з комплексу позитивних піків, що позначаються в порядку їхнього виникнення римськими цифрами (*рис. 6*). Ці піки відбивають проходження слухових сигналів у відповідних відділах слухового проходу. Джерела генерації піків встановлені з великим ступенем вірогідності. Метод дає можливість простежити локалізацію цих порушень, оскільки різні захворювання мозку змінюють ці потенціали. Тривалість обстеження 30 — 40 хв.

1.6. ПЕРЕВІРКА СЛУХУ У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Серед проблем, з приводу яких проводиться перевірка новонароджених, проблеми зі слухом трапляються найчастіше. Від 1 до 3 новонароджених з кожної 1000 мають постійну втрату слуху. Оскільки це становить важливу соціальну проблему, окремі пологові будинки та лікарні беруть участь у слухових скринінгових програмах.

1.6.1. Отоакустична емісія

Скринінг новонароджених із застосуванням **отоакустичної емісії** (ОАЕ) — слухна нагода, щоб переконатися у наявності слуху і визначити, чи є потреба в додаткових обстеженнях і ранньому втручанні. Суть полягає в тому, що кожне здорове вухо у відповідь на звук реагує вібрацією клітин внутрішнього вуха. Ця вібрація спричиняє власний, дуже слабкий, специфічний звук —



Рис. 7. Пристрій для перевірки слуху новонароджених

отоакустичну емісію (своєрідне відлуння), що з'являється, якщо дитина чує. Цей звук можна вловити за допомогою спеціального пристрою — апарату «ЕХОЧЕК» (рис. 7).

Дитині у вушко вставляють мініатюрний датчик, який приєднаний до апарату. Апарат перевіряє наявність або відсутність у дитини цього відлуння. Перевіряють обидва вушка. Процес перевірки займає лише кілька хвилин. Найкраще робити цю перевірку, коли дитина спокійна і спить. Часто обстеження радять про-

водити одразу після того, як дитина поїсть і їй змінять пелюшки. У більшості випадків немовля не відчуває жодного дискомфорту і продовжує спати (рис. 8, 9).

Після проведення скринінгу Вам повідомлять його результат. Може бути так, що за результатом першого дослідження не буде отримана чітка відповідь. Тоді буде призначено повторне обстеження. Якщо і після нього результат виявиться негативним, буде зроблена третя спроба. Якщо ж результат знову виявиться негативним, потрібно провести спеціальне обстеження у спеціалізованому аудіологічному центрі. Це ще зовсім не означає, що дитина не має слуху. Можливо, підвела апаратура або у дитини є тимчасова втрата чи послаблення слуху — внаслідок хвороби або інші тимчасові причини.

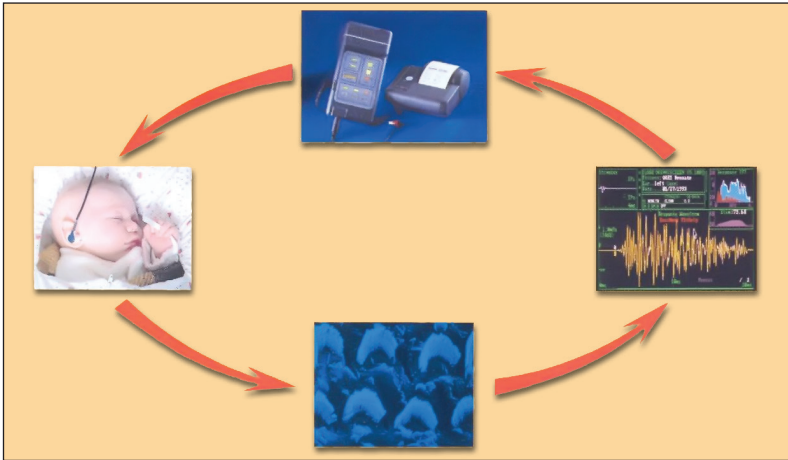


Рис. 8. Процес перевірки слуху



Рис. 9. Процес проведення скринінгу у немовляти

1.6.2. Універсальний скринінг

Іншим видом обстеження є **універсальний скринінг** слуху в новонароджених дітей. У даний час це доступний, простий, недорогий та безпечний тест, що дає змогу перевірити слух дитини в перші дні життя. Тепер вже не треба чекати, поки дитина підросте, щоб пройти формальне обстеження слуху, яке може встановити його втрату.

Мета універсального скринінгу — охопити обстеженням усіх новонароджених. Це означає, що всі діти, які перебувають у звичайних відділеннях чи у відділеннях патології новонароджених та інтенсивної терапії, проходять скринінг до виписки з пологового будинку або лікарні (впродовж трьох тижнів після виписки). Часто називають скринінгові програми ранньою перевіркою слуху та раннім втручанням. Ця назва має сенс, бо встановлення факту втрати слуху — лише перший крок.

Якщо виявлено порушення слуху, наступним кроком має бути втручання. Останнє може полягати у забезпеченні СА або пристроями та наданні відповідної допомоги від служб підтримки сім'ї та дитини в здобутті навичок спілкування.

1.6.3. Дослідження слухових викликаних потенціалів зі стовбура мозку

Третій тест — дослідження **слухових викликаних потенціалів зі стовбура мозку (СВПСМ)**. Під час проведення цього тесту до вуха дитини подають різні звуки. До голівки дитини прикріплюють електроди, що реєструють електричні потенціали мозку. Фактично це дає змогу виявляти дітей з втратою слуху.

Тести можна застосовувати окремо або в комбінації. В деяких лікарнях усіх дітей спершу обстежують на ОАЕ, а згодом тим дітям, що не пройшли цей тест, пропонують дослідження СВПСМ.

Описані тести — точні та надійні. Кожна медична установа має вибрати метод, який відповідає її можливостям, наявності відповідного персоналу, з урахуванням вартості та кількості обстежень, які проводитимуть.

Якщо немовля не проходить успішно скринінг на наявність слуху — це ще не обов'язково означає, що дитина його не має. В загальнодержавному масштабі від 20 до 100 немовлят із 1000 (від 2 до 10 %) не проходять скринінговий тест. Лише від 1 до 3 дітей (менше 1 %) насправді не матимуть слуху. Це означає, що більшість дітей, направлених на повторне тестування, має нормальний слух.

Іноді дитина з нормальним слухом може не пройти успішно скринінговий тест. Причиною можуть бути:

- сірка у вушному каналі;
- рідина у середньому вусі;
- неспокій та/або плач під час проведення тесту.

1.6.4. Тимпанометрія

Щоб переконатися, що немає проблем у вушному каналі або середньому вусі, дуже важливо зробити **тимпанометрію**.

Це метод, який дозволяє встановити, чи середнє вухо дитини функціонує нормально. Цей тест важливий, оскільки наявність вологи у середньому вусі або інші аномалії можуть спотворити реакцію на звук. Тест полягає у тому, що всередину вушного каналу дитини вводять маленький пристрій і делікатно змінюють силу тиску повітря у вусі. Цей тест допомагає встановити наявність інфекції та/або рідини в середньому вусі. Якщо тип тимпанограми не є нормальним, тестування на ОАЕ не допоможе. Дитину треба направити до ЛОР-спеціаліста.

Проблеми в середньому вусі, які виявляють методом тимпанометрії, можуть спричинити втрату слуху до 50 дБ.

Більшість дітей успішно проходить повторне тестування слуху. Це найкращий спосіб впевнитися, що Ваша дитина чує нормально. Хоча це й рідко трапляється, інколи немовлята можуть успішно «скласти» перший скринінговий тест і все ж мати втрату слуху. Скринінг може не зафіксувати незначну втрату слуху та порушення, що стосується лише окремих звукових тонів. Деякі діти мають втрату слуху, якої на момент народження ще не існувало. Ці немовлята народилися з нормальним слухом,

натомість втрата слуху в них розвивалася з віком, після періоду новонародженості. Цей стан може бути спричинений деякими захворюваннями або специфічними генетичними причинами.

Втрата слуху після періоду новонародженості може відбуватися також внаслідок застосування деяких медикаментів або внаслідок травм чи захворювань.

1.7. ОБСТЕЖЕННЯ СЛУХУ У ДИТИНИ ДО 1,5 РОКІВ (ПОРАДИ З ДОСВІДУ ПРАКТИКІВ)

Часто у дітей різного віку через низку причин виникає стійке порушення слуху, чому не завжди може зарадити сучасна медицина. У таких випадках слушно застосовувати лише підтримуючу терапію, яка за допомогою певних профілактичних заходів, слухопротезування (підбору індивідуальних СА) та систематичного педагогічного втручання сприяє мовленнєвому розвитку дитини.

Слід зауважити, що навіть незначне зниження слуху, яке сталося в ранньому дитинстві, негативно відбивається на формуванні вербальної мови і мовлення. При важкому ступені туговухості і глухоті дитина не чує свого голосу та мовлення людей, котрі її оточують, а отже — неспроможна їх наслідувати. Недорозвиток мовлення або його відсутність ускладнюють контакт дитини з чуючим світом.

Тимчасові порушення слуху також негативно впливають на формування мовлення дитини, оскільки вони перешкоджають розвитку фонематичного слуху, оволодінню звуковим складом слова, граматичною будовою вербальної мови.

При наявності раннього адекватного корекційного впливу такі наслідки можуть бути послаблені, а то й виправлені.

Негативним чинником для загального й мовленнєвого розвитку дитини є також одностороннє зниження слуху, тобто його зниження на одне вухо.

Зазвичай питання про наявність слуху у малюка виникає у тих сім'ях, де одна або кілька осіб позбавлені слуху, або якщо дитина перенесла захворювання, пов'язане із вживанням антибіотиків. Необхідно стежити за тим, як дитина їсть, спить, коли почала тримати голівку, сидіти, вставати.

Уважну маму має насторожити те, що в 5 — 6 міс. дитина не реагує на брязкальце, не повертає голову, коли її кличуть по імені, не прокидається від дзвінка у двері чи по телефону. У більшості ж випадків батьки починають турбуватися тоді, коли помічають, що дитина відстає від своїх однолітків у мовленнєвому розвитку. Це відбувається десь у 1 — 1,5 роки її життя. У цьому віці дитина, яка добре чує, оволодіває першими словами, тобто малюк позначає певними звуками улюблені іграшки, своїх близьких, прохання. Ці голосові реакції можуть бути схожі на слова, яким вони відповідають: *мама, баба, ай-ай*, а можуть значно відрізнятися: *ха — ха — ложка*. У дитини навіть з незначним зниженням слуху у 1 — 1,5 року без спеціального навчання такі слова не з'являються.

Батькам необхідно звернути особливу увагу на свою дитину, якщо:

- дитина народилася від багатоплідної вагітності;
- мама перенесла під час вагітності інфекційні захворювання, особливо вірусні: краснуху, герпетичну інфекцію, кір, епідемічний паротит, вітряну віспу, оперізуючий лишай, цитомегаловірусну інфекцію;
- мама вживала під час вагітності ототоксичні препарати;
- дитина народилася з вагою тіла менше 1,5 кг;
- плід отримував в перинатальний період антибіотики (гентаміцин, неоміцин, стрептоміцин);
- дитина з пологовими травмами і внутрішньочерепним крововиливом;
- батьки дитини мають порушення слуху.

На що слід звернути увагу? У малюка на другому — третьому тижні життя вже з'являється зосередження, тобто реакція на зовнішній звуковий подразник. Вона виражається в загальмуванні рухів. Найчастіше реакція проявляється при подачі гучного сигналу на близькій від дитини відстані. У таких випадках, почувши звук, дитина поступово завмирає: не рухається, замовкає. Таке гальмування з'являється на різкий звук, а далі — й на голос.

Велику радість приносить батькам усмішка дитини, яка з'являється на першому тижні другого місяця її життя. Далі підмічаються перші спокійні голосові реакції, які з'являються при

зверненні до неї. Малюк ніби розмовляє з дорослою людиною. Батькам здається, що ця посмішка дитини та її гуління є відповіддю на звуки, які вона чує.

Однак, практика свідчить, що такі реакції часто з'являються і в глухій дитини. Вони викликані зовнішнім виглядом зверненого до неї обличчя, лагідними очима тощо.

Нарешті, у тримісячної чуючої дитини з'являється реакція на звук поверненням очей, а далі — й голови до джерела звуку, особливо на людський голос. Спеціалісти зазначають, що мала дитина повертає голову на звук з відстані не більш як 3 м, а шестимісячна дитина реагує на звуки на відстані 5 — 6 м.

У період від 3 до 6 міс. у багатьох дітей відмічається негативна реакція на крик і різкі незвичні звуки.

Таким чином, уважно спостерігаючи за дитиною, досить рано можна помітити відхилення від нормального ходу розвитку її слухової функції. Якщо дитина не реагує на різкі звуки, якщо своєчасно не повертає голівку в бік джерела звуку, не слід, шановні батьки, тішити себе тим, що вона мило посміхається, гулить у відповідь на звернення до неї. При виявленні тривожних симптомів Вам необхідно звернутися до спеціалістів — лікарів-сурдологів сурдологічних кабінетів за місцем проживання чи у спеціалізовані медичні центри.

Спеціалісти проведуть диференціальну діагностику стану слухової функції малюка, призначать необхідне лікування, при потребі підберуть індивідуальний СА, а вчителі-дефектологи ознайомлять з методикою реабілітаційних занять з ним.

Для отримання найповніших даних про слухову функцію необхідне проведення комплексного медико-психолого-педагогічного обстеження дитини.

Слух вважається нормальним, якщо дитина сприймає розмовне мовлення низьких тонів на відстані не менше 5 — 6 м, високих — близько 20 м. Донедавна вважалося, якщо школяр чує розмову на відстані не менше 2 м, то він, при створенні певних умов, може вчитися в звичайній школі, а якщо дитина чує розмовне мовлення на відстані до 1 м, то їй необхідне навчання в спеціальній школі для слабочуючих.

СА рекомендувалися тим дітям, які чули розмовне мовлення на відстані не менше 1 м.

В наші дні становище корінним чином змінилося. СА призначають дітям вже при набагато менших втратах слуху. Слабочуючі діти, серед яких багато з великими втратами слуху, що отримали своєчасну і якісну слухопротезну допомогу, успішно вчаться у звичайних школах.

Перевірка слуху дитини входить до обов'язків педіатра. Він повинен провести її в ході одного з періодичних оглядів малюка.

Батькам слід знати, що існує кілька простих ознак, що дозволяють визначити, чи все у дитини в порядку зі слухом.

Слух формується поступово і для кожного віку існують свої норми:

- у перші 3 — 6 тижнів малюк, як правило, здригається від гучних звуків, завмирає, перестає рухатися і, якщо до цього кричав, замовкає, перестає смоктати;
- у віці 1 *міс.* дитина повинна реагувати на гучний звук позаду себе;
- у 3 — 4 *міс.* життя дитина спрямовує погляд у напрямку до джерела звуку;
- 4 — 7 *міс.*: з'являється лепет (усвідомлене і цілеспрямоване повторення звуків рідної мови), дитина лепече не лише однокладові, але й багатокладові «слова»;
- 10 — 12 *міс.*: дитина реагує на тихі звуки з відстані в один метр. Вона життєрадісна, її мовлення успішно розвивається.

Отже, якщо всі ці ознаки є, із слухом дитини все в порядку. Але якщо один або кілька ознак відсутні, слух дитини необхідно перевірити у отоларинголога. І чим швидше, тим краще.

Як же можна обстежити слух дитини в домашніх умовах? Педагогічне обстеження дитини віком до півтора року ґрунтується на реєстрації безумовних орієнтувальних реакцій на звук. Такі реакції проявляються у завмиранні чи, навпаки, активізації рухів, повороті голови або очей у бік звуку, а також у плачі.

Приміщення, у якому обстежується дитина, має бути великим, щоб була можливість подавати сигнали з відстані 5 — 6 м справа

і зліва від дитини. При цьому одна людина подає сигнали, інша спостерігає за реакцією дитини.

Малюк знаходиться на повивальному столі, а спостерігач схиляється над ним і лагідно звертається до нього, намагається викликати усмішку чи активізацію рухів рук, ніг, спокійні голосові реакції. Він звертає увагу дитини на яскраву іграшку, яку рухає вліво і вправо на відстані 30 — 40 см над її очима. Помічник у цей час на відстані 3 — 4 м справа подає звукові сигнали. При відсутності реакції відстань увесь час зменшується, поки не досягає 5 — 10 см від вуха дитини. Це необхідно для того, щоб визначити максимальну відстань, з якої дитина сприймає звук. Далі досліджується реакція на даний звук з іншого боку.

Першим подається звучання шарманки, а далі — сигнал брязкальця, сопілки, гармошки, свистка і в кінці — барабана.

Після цього досліджується реакція на голос розмовного звучання, а в разі її відсутності — на голос підвищеної гучності. Якщо у малюка помітна реакція на голос розмовної гучності на відстані більш, ніж 1 м, то сигнал подається і шепотінням.

Дитина, за віком старша від попередньої, сидить за столиком на руках у матері. Спостерігач сідає перед нею та привертає її увагу до іграшок: піраміди, складні іграшки тощо. При цьому важливо, щоб увага дитини не була повністю прикута до іграшок. Це можна перевірити, подувши дитині в потилицю. Якщо вона не повертається, то іграшки слід замінити або відмовитися від них.

Перший сигнал подається за спиною малюка, на відстані 5 — 6 м. Ті сигнали, які дитина почула на відстані більш як 1 м, подаються їй потім справа і зліва. Цим ми виявляємо, чи може дитина і з якої відстані визначити напрямок джерела звуку.

За сукупністю отриманих результатів можна виділити чотири рівні стану слуху.

Перший рівень — **слух у межах вікової норми.**

Діти з нормальним слухом реагують на увесь набір немовлених звуків на відстані 3 — 5 м. Відстань, з якої та чи інша дитина сприймає всі стимули (від шарманки до барабана), постійно залежить від її віку: чим дитина молодша — тим з ближчої відстані

вона сприймає сигнал. На тій же відстані діти відчують і звучання голосу розмовної гучності та шепотіння.

Другий ступінь стану слуху — **легка туговухість**.

При туговухості дитина також реагує на усі пред'явлені стимули, але відстань, з якої відмічаються реакції, нестабільна, вона в однієї й тієї ж дитини змінюється у межах 0,5 — 5 м. При цьому на максимальних відстанях сприймаються, як правило, звучання з найнижчими частотами. Діти здатні локалізувати джерело звуку, але лише в тих випадках, коли стимул сприймається на відстані не менш, ніж 1 м. Незначна частина туговухих дітей реагує на голос розмовної чи підвищеної гучності з відстані 0,3 — 1,5 м.

Третій рівень стану слуху — **значна туговухість**.

При значній туговухості дитина сприймає, як правило, неповний набір пред'явлених немовленнєвих стимулів. Відстань, з якої дитина реагує на різні звучання, нестабільна і коливається від 0,1 до 0,3 м при сприйманні високочастотних стимулів, до 2,5 — 5 м при сприйманні середніх і низькочастотних. Дитина здатна сприймати ті звучання, які відчуються нею на відстані не менш 1 м. Більшість дітей не реагує на голос розмовної і підвищеної гучності.

Четвертий рівень стану слуху — **глухота**.

Глуха дитина реагує лише на різко обмежену кількість звучань (в основному, на низькочастотні звуки — барабан). Відстань до джерела звуку може бути й більшою — до 2,5 — 5 м. Деякі глухі діти взагалі не реагують на пред'явлені слухові стимули. Звучання голосу глухі діти не сприймають.

Часто зустрічаються діти, у яких реакції на ту чи іншу групу стимулів (немовленнєві звучання, голос) не узгоджуються між собою. Це відбувається внаслідок індивідуальних особливостей дитини, її соматичного стану, особливостей уваги, віку.

1.8. ОБСТЕЖЕННЯ СЛУХУ ДІТЕЙ 1,5 — 3 РОКІВ. ОБСТЕЖЕННЯ СЛУХУ МОВЛЕННЯМ

Як зазначають фахівці, отримати достовірну педагогічну характеристику стану слуху на основі реєстрації безумовних орієнтувальних (поведінкових) реакцій можна лише у дітей до 1,5 року.

У дітей старшого віку відбувається затухання безумовного орієнтувального рефлексу, і вони вже не дають видимих реакцій на низьку звуків. Більшість дітей, слух яких вперше обстежується у віці старшому від 1,5 роки, реагують лише на голосні (барабан, гучний голос) чи на незвичні звуки. Достовірні дані про стан слуху у цих дітей можна отримати лише в процесі цілеспрямованої роботи з вироблення умовної рухової реакції на звук, тобто дитина виконує певну ігрову дію у відповідь на звуковий сигнал.

Отже, дітей до обстеження потрібно спеціально підготувати. Ця підготовка здійснюється сурдопедагогом і батьками впродовж 2 — 4 тижнів. У цей час їх вчать реагувати будь-якою ігровою дією на звук. Зокрема, під час звучання іграшки чи голосу накладати кільце на стержень піраміди, кидати гудзик у баночку, класти кубик у кузов машинки тощо. Після вироблення реакції визначається максимальна відстань, з якої дитина сприймає звучання голосу та іграшок.

Коли умовна рухова реакція на звук у дитини уже вироблена, то в якості джерела звуку може виступати і тон аудіометра. На основі отриманих даних можна попередньо визначити дітей з нормальним слухом, з легкою та середньою туговухістю і з глухотою.

Діти з нормальним слухом реагують на звучання всіх іграшок і на шепотіння на відстані не менше 5 м.

Діти з легкою туговухістю чують звучання всіх запропонованих іграшок і голосу розмовної гучності на відстані не менш 4 — 5 м, а шепотіння — на відстані до 1,5 — 2 м від вушної раковини.

Діти з середньою туговухістю сприймають середні та низькочастотні звучання на відстані 4 — 5 м, а високочастотні — 0,5 — 1,5 м і реагують на голос розмовної гучності на відстані 1 м, але шепіт, як правило, не чують.

Діти з важкою туговухістю чують низькі звучання іграшок на відстані 3 — 5 м, а високочастотні — біля вушної раковини (на відстані 0,1 — 0,5 м) і сприймають звучання голосу розмовної гучності на відстані 0,4 — 1 м (шепітного мовлення не чують).

Серед глухих можна виділити дві групи.

Першу складають **глухі діти зі значними залишками слуху**.

Вони реагують на звучання низькочастотних іграшок (барабан) на великій відстані (2,5 — 5 м), середньочастотних — значно ближче до вуха; високочастотні іграшки ці діти, як правило, не чують. Вони сприймають звучання голосу розмовної гучності на відстані до 0,3 м від вушної раковини.

До другої групи відносяться **діти з незначними залишками слуху**. Вони сприймають лише низькочастотні звучання (барабан) і голос підвищеної гучності біля вушної раковини.

Отже, якщо Ви уважно спостерігаєте за розвитком своєї дитини з перших днів життя, можна дуже рано помітити відхилення від нормального ходу розвитку її слухової функції. Наголошуємо, що на різкі голосні звуки дитина реагує з перших днів життя. Важливо знати, що дитина з нормальним слухом сприймає високочастотне звучання брязкалки, дзвіночка з тієї ж відстані, що й низькочастотні (удари барабана).

Для обстеження слуху у дітей можна використовувати й метод «горохових проб». Він дуже простий і доступний, не вимагає ніякого апаратурного оснащення, а тому може бути використаний і в домашніх умовах.

Для обстеження слуху цим методом необхідно мати чотири пластикові баночки. Три з них на одну третю частину заповнюються: перша — нелущеним горохом, струс якого створює звук інтенсивністю 70 — 80 дБ, друга — заповнюється гречкою-ядрицею, струс якої створює звук інтенсивністю 50 — 60 дБ, третя — манкою, струс якої створює звук інтенсивністю 30 — 40 дБ. Четверта баночка залишається порожнього.

Кожні три місяці вміст баночок необхідно замінювати новими крупами.

Бажано, щоб обстеження проводили, окрім матері, ще дві особи: одна — подає сигнали, а інша — спостерігає за реакцією дитини.

Дитина лежить на повивальному столі чи сидить на руках у матері. Спостерігач вступає з нею в контакт. За його сигналом людина, яка стоїть позаду малюка, трясє баночки на відстані 20 — 30 см спочатку від правого, а потім — від лівого вуха. При цьому в одній руці у неї баночка з крупою, а в другій — баночка порожня. Рухи

рук мають бути синхронними й симетричними. При перевірці другого вуха баночки міняють місцями. Людина, яка спостерігає за дитиною, бачить її реакції при подачі звукового сигналу: завмирання, активізація рухів, моргання, пошуки джерела звуків і т. ін. Обстеження може проводити і хтось з батьків. В такому разі варто розміститися перед дитиною, щоб бачити її реакції у відповідь на звукові сигнали.

Безумовні орієнтувальні реакції при повторних подачах швидко згасають (тобто дитина перестає реагувати на звуки, які вона сприймає слухом), тому обстеження слід розпочинати з тихіших звуків: спочатку баночка, наповнена манкою, за нею — гречкою і лише потім — горохом.

Якщо дитина чітко реагує на звучання баночки з манкою і може визначити напрямок звуку, то інші звучання пропонувати не слід. За нормального слуху такі результати досягаються з 4 — 5 міс. життя малюка. У чотиримісячного малюка відмічається реакція на звучання баночок з гречкою та горохом, на звук баночки з манкою він не реагує. Малюк, якому більш, як 4 міс., реагує на звучання усіх трьох баночок, він визначає напрямок звуку, тобто повертає голову (очі) в бік баночки.

Отже, в сурдологопедичний кабінет на обстеження слуху слід направляти малюків у випадках:

- якщо дитина до чотирьох місяців не реагує на звучання баночок з гречкою та горохом;
- якщо малюк, якому вже виповнилося 4 міс., не реагує на звучання хоча б однієї баночки (наприклад, з манкою), або не може локалізувати джерело звуку — це свідчить про можливість одностороннього зниження слуху.

Радимо батькам вести щоденник спостережень за реакціями дитини. В ньому відмічається, на які звуки реагує дитина, і з якої відстані, чи може вона визначити місце знаходження джерела звуку. В залежності від віку дитини у щоденнику відмічаються результати, отримані на основі безумовних орієнтувальних реакцій (до півтора року), чи на основі вироблення умовної рухової реакції (після півтора року). Щоденник може мати такий вигляд:

Джерело звуку	Дата спостереження		
	15 березня	17 квітня	20 травня
Шарманка	10 см	—	—
Брязкальце	30 см	25 см	—
Сопілка	3 м	2,5 м	2 м
Гармошка	3,5 м	3 м	2 м
Барабан	5 м	5 м	5 м
Шепотіння	—	—	—
Голос розмовної гучності	50 см	30 см	в/р

Таблиця 3. Результати спостережень за реакціями дитини

Як видно із *таблиці 3*, дитина стала сприймати меншу кількість звучань і з близької відстані. Це свідчить про можливе наступне зниження слуху. У подібних випадках необхідно терміново звернутися до лікаря-сурдолога, оскільки своєчасне лікування може призупинити цей процес. Якщо в процесі аудіолого-педагогічного обстеження у дитини виявлено хоча б незначне зниження слуху, необхідно терміново розпочати з нею спеціальну роботу.

Обстеження слуху мовленням

Слух дітей, які вже, тією чи іншою мірою, володіють усним мовленням, можна перевіряти при пред'явленні їм знайомих слів шепотінням з відстані 6 м.

Найважче обстежувати дітей другого — третього року життя. Якщо малюк вже розмовляє, то слід спочатку налагодити з ним контакт, а згодом, у процесі виконання ним простих ігрових завдань, перевірити слух. Але, перш за все, потрібно запитати у мам, які слова й фрази дитина розуміє, як сама називає предмети, дії.

Можна розмістити перед дитиною іграшки: ляльку, зайчика, ведмедика, собачку та ін. і шепітно вимовляти фрази типу: *Покажи зайчика. Де собачка? Покажи у ляльки ручки (рот, очі). Пока-*

жи у собачки хвостик. Спочатку фрази вимовляємо біля дитини, а далі — на відстані 6 м (чи 3 м, якщо дитина сидить спиною до Вас). Якщо ж дитина не виконує завдань при зверненні до неї шепотінням, то їх потрібно промовляти голосом розмовної гучності на невеликій відстані від неї.

Якщо рівень мовленнєвого розвитку дитини є таким, що не дозволяє обстежувати її слух словами й простими фразами, то потрібно виробити в неї умовну рухову реакцію на звучання складів типу: *па-па-па, ну-ну-ну, сі-сі-сі*. Дитину вчать під час промовляння складів кидати гудзик (квасолину) в пляшку, ставити кубик на кубик тощо. Перевіряємо, чи чує дитина склади, які промовляються шепотінням на відстані 6 м.

Слух у дітей, які мають понад три роки життя, перевіряється добре знайомими їм низько— й високочастотними словами. Ці слова розміщені у двох рядках, у кожному по 5 низькочастотних і стільки ж високочастотних слів:

1) *зайчик, дім, Вова, шишка, риба, чоботи, пташка, вухо, чай, вовк;*

2) *мило, дім, чашка, вікно, борщ, каша, город, чайка, море, синичка.*

При обстеженні слуху дітей слова кожного рядка подаються у випадковій послідовності.

Процес обстеження: дитину поставте боком до спостерігача. У протилежне вухо дитині вставте ватний тампон, поверхня якого злегка змочена маслом.

Запропонуйте дитині повторяти слова, які будете шепотіти. Перші два слова промовляються біля дитини, а далі — з відстані 6 м (або 3 м, якщо дитина стоїть спиною). Якщо дитина соромиться і не повторює слова, то можна запропонувати їй показувати відповідні малюнки, які розміщені перед нею на столі. Якщо дитина не впізнає шепітне слово, повторіть голосом розмовної гучності, а далі — шепотінням.

Після пред'явлення наступних слів знову повторіть те слово, яке викликало труднощі.

Друге вухо дитини перевірте аналогічно за допомогою слів другого рядка.

Якщо слух дитини Вам обстежити мовленням не вдається (через низький рівень загального, мовленнєвого розвитку), необхідно направити її в центр для обстеження слухової функції об'єктивними методами (які розглядали попередньо).

Якщо дитина дошкільного або шкільного віку (при обстеженні лівого й правого вуха) адекватно реагує на звучання низько- та високочастотних слів, які вимовляються шепітним мовленням на відстані не менш як 6 м, це означає, що її слух у межах фізіологічної норми.

Якщо дитина реагує на шепотіння з меншої відстані або зовсім не реагує на нього, то у неї можна запідозрити наявність зниження слуху. Таку дитину необхідно направити для обстеження до сурдологічного кабінету, що дозволить за допомогою найсучасніших об'єктивних методів дослідити її слухові функції і зняти підозру порушення слуху або підтвердити її. Таким чином, можна забезпечити своєчасне виявлення порушення слуху.

1.9. ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА З БАТЬКАМИ

Вивчення порушень слуху у дітей привертає увагу різних спеціалістів — лікарів, сурдопсихологів, сурдопедагогів як з питань профілактики цього дефекту, так і з можливо раннього його виявлення, діагностування, компенсації і корекції. Дотепер відомо, що частота порушення слуху велика (77 осіб на 100 тис. населення). Це може бути обумовлено цілою низкою різноманітних причин. До цього часу спеціалісти не в змозі чітко відповісти на запитання: чи глухота викликана лише перенесеними захворюваннями, чи тут наявне сполучення спадкових схильностей із різними екзогенними чинниками.

Відомо також, що у деяких дітей глухота сполучається з іншими порушеннями й захворюваннями. На глухих дітей поширюється той же спектр патологій, що й на інших. А низка порушень чи захворювань у дітей з проблемами слуху трапляється частіше, ніж у інших дітей. До них відносяться: порушення зору, зміни в серцевій діяльності, порушення м'язевої, шкіряної, нервової систем, невротичні прояви тощо.

Дуже важливою і практично значимою проблемою є рання діагностика всіх наявних у дитини уражень або складного дефекту. Батьки такої дитини мусять бути першими помічниками лікарям у встановленні діагнозу. Це необхідно зробити з метою подальшої організації навчання дитини, яке по суті є індивідуальним, тому діти зі схожою структурою дефекту об'єднуються в клас, де використовуються адекватні методи їхнього навчання. Правильне встановлення діагнозу дозволить батькам дитини зрозуміти перспективи її розвитку, можливості соціальної реабілітації та адаптації, а також професійної орієнтації.

Батькам дитини з порушеннями слуху необхідно усвідомити, що ставлення до неї сім'ї визначає своєрідність її особистісного і навіть інтелектуального розвитку, впливає на подальшу долю дитини, на особливості її саморегуляції в суспільстві.

Відомо, що глухі молоді люди часто будують свою сім'ю. У таких сімейних пар гостро постає питання про вірогідність ураження слуху у власних дітей. Безумовно, глухота батьків може бути різного характеру: спадковою чи екзогенно обумовленою. Але, як вважають спеціалісти, і при спадковій глухоті у обох членів подружжя дефект може мати різні причини. Тому вірогідність народження глухої дитини навіть у такій сім'ї коливається від 0 до 100 %. Для отримання достовірніших даних необхідне серйозне обстеження батьків.

В анамнезі глухої дитини, як і в анамнезі дитини з нормальним слухом, трапляються пологові та післяпологові пошкодження різного ступеня. Глухі діти можуть переносити різні захворювання, травми у різному віці, у зв'язку з чим вони вживають різні препарати. Однак, як радять лікарі, не слід механічно вважати єдиною причиною зниження слуху у дитини вживання саме антибіотиків. Слід брати до уваги й саме захворювання, через яке були вжиті ці медикаменти. В результаті досягнень сучасної генетики у глухих дітей описано вже понад п'ятисот форм глухоти, відомі їхні клінічні прояви і прогноз кожного виявленого порушення, а також — ризик можливості порушення слуху у майбутніх дітей обстежуваного. Такі глухі діти можуть народжуватися

у здорових батьків. Але, як правило, матері таких дітей важко переносили вагітність, у зв'язку з загрозою викидня чи нефропатією не раз перебували на стаціонарному лікуванні, пологи були передчасними, відмічалися пологові травми, діти народжувалися з малою вагою, після народження часто хворіли. Як правило, у таких дітей виявлялася розумова відсталість і вони мали дуже великі труднощі у навчанні.

Трапляються ситуації, коли у глухих мам народжується глуха дитина. У таких сім'ях спілкування глухих мам з дитиною формується з перших днів її появи у жестовій формі. У спеціалізований дитячий садок і в школу такі діти приходять з достатнім знанням ЖМ, вони знають дактилологію, на заняттях активні, зацікавлені, чим дуже відрізняються від своїх глухих однолітків, у яких батьки добре чують.

Особливої уваги вимагають внутрішньосімейні стосунки, коли у чуючих батьків народжується глуха дитина. Іноді складається трагічна ситуація, оскільки батьки не можуть змиритися з тим, що їхня дитина глуха. Вони починають шукати різного роду «спеціалістів», які обіцяють повернути дитині слух. А коли це не відбувається, батьки втрачають надію й віру. Вони навіть при добре налагодженому навчанні дитини не намагаються допомогти педагогам. Часто глухі діти в таких сім'ях починають учитися пізно, що призводить до труднощів у навчанні і низької соціальної адаптації.

Коли батьки дізнаються про глухоту своєї дитини, у них виникає велика психологічна напруга, пов'язана з важкими душевними переживаннями. Іноді з'являється навіть почуття вини перед дитиною.

Батьки повинні знайти в собі сили і всі свої зусилля скерувати на подолання труднощів, які є у дитини.

Отже, для досягнення оптимального розвитку глухих дитини чи то з нормальним інтелектом, чи із затримкою психічного розвитку або з розумовою відсталістю необхідна спільна і дружня робота батьків, лікарів, психологів і педагогів.

Батьки мають зрозуміти і прийняти поради лікаря. Довірливе

ставлення батьків і лікаря формується у процесі їхнього спілкування. Батьки мусять знати діагноз дитини, яким би він не був, і це не повинно викликати у батьків паніку чи песимізм. Діагноз має спонукати батьків до усвідомлення істинного стану дитини і допомагати їм прийняти і здійснити рекомендовані лікарем, психологом та педагогом поради, заходи у наступному вихованні і навчанні їхньої дитини.

Часто батьки, бажаючи добра своїй дитині, опікують її, чекаючи швидкого результату і ефекту при навчанні. І, разом з тим, вони тиснуть на дитину своєю авторитарністю, ламають її волю. Навчання такої дитини ускладнене, оскільки вона невпевнена у своїх силах, неспроможна прийняти самостійне рішення у складних ситуаціях, якщо не отримає схвалення авторитарної мами чи педагога. Діти виростають боязливими, безініціативними.

Отже, спеціальна робота потрібна кожній нечуючій дитині, незалежно від її діагнозу. Така допомога має надаватися по можливості якомога раніше, тобто з того моменту, коли виявлено зниження слуху.