

KATARZYNA PLUTECKA

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków
Instytut Pedagogiki Specjalnej

Uwarunkowania wychowania audytywno-werbalnego dzieci niesłyszących

Conditions of auditory-verbal education of deaf children

STRESZCZENIE

Artykuł koncentruje się wokół teoretycznego ujęcia przeglądu literatury przedmiotu na temat istoty i uwarunkowań wychowania audytywno-werbalnego dzieci niesłyszących. Wśród omawianych uwarunkowań szczególne miejsce zajmują: wczesna i wielospecjalistyczna diagnoza, zastosowanie odpowiedniej protezy słuchowej i środowisko rodzinne. W rozważaniach istotne znaczenie ma spojrzenie na dzieci niesłyszące jako grupę wymagającą intensywnej stymulacji w zakresie wychowania audytywno-werbalnego, które jest nieodłącznym elementem całości procesu rehabilitacyjnego dziecka niesłyszącego.

Słowa kluczowe: wychowanie audytywno-werbalne, dziecko niesłyszące

SUMMARY

The article focuses on the theoretical approach of the subject literature overview the essence and conditions of auditory-verbal education of deaf children. Among the discussed conditions of auditory-verbal important to: early and multi-speciality diagnosis, use of appropriate auditory prosthesis and contribution of the family environment. In the light of the analysis, it is important to look at deaf children as a group requiring an intense stimulation in the field of auditory-verbal education since the diagnosis of hearing loss, because the auditory-verbal education is therefore an integral part of the whole rehabilitation process of hearing-impaired children.

Key words: auditory-verbal education, deaf children

WPROWADZENIE

Zwolennicy wychowania audytywno-werbalnego przyjęli tezę, że dziecko niesłyszące powinno się rozwijać tak samo jak dziecko słyszące, a więc w tych samych warunkach (a nie w izolacji), oraz w ten sam sposób opanować podsta-

wowe umiejętności, przede wszystkim posługiwanie się mową ludzką. Aby to umożliwić, należy pracować z dzieckiem niesłyszącym odpowiednimi strategiami nauczania, dostosowanymi do jego potrzeb rozwojowych i uwzględnić niezbędne uwarunkowania, takie jak np. wczesną i wielospecjalistyczną diagnozę, zastosować odpowiednią protezę słuchową, a także zaangażować rodziców w wychowanie audytywno-werbalne ich niesłyszącego dziecka po to, aby byli partnerami terapeutów już we wczesnej rehabilitacji.

ISTOTA WYCHOWANIA AUDYTYWNO-WERBALNEGO

Uczenie się języka przez dziecko niesłyszące na drodze słuchowej może przebiegać w zróżnicowany sposób. A. Löwe (2000) wyróżnił dwa podejścia: unisensoryczne (jednoznaczące) i multisensoryczne (wielokanałowe). Za konsekwentnych przedstawicieli podejścia unisensorycznego należy uznać S. Schmid-Giovannini, A. van Udena. Autorzy, proponując skoncentrowanie się na intensywnej stymulacji wychowania audytywno-werbalnego, stawiają dwa główne cele, a mianowicie integrację słuchu i osobowości, a także przygotowanie dziecka do samodzielnego funkcjonowania w życiu społecznym osób słyszących i mówiących (Löwe 1999, 116).

S. Schmid-Giovannini jest autorką metody całościowej, oralnej. Twórczyni metody uważana jest za wybitnego surdopedagoga, pioniera wczesnej rehabilitacji dzieci głuchych w niemieckojęzycznej Europie Środkowej. Po koniec lat sześćdziesiątych XX wieku autorka rozpoczęła pracę w przedszkolu specjalnym w Wiedniu i prowadziła przez dwa lata oddział specjalny dla dzieci głuchych, a następnie ta właśnie klasa została włączona do szkoły ogólnodostępnej. Efekty swojej pracy S. Schmid-Giovannini opisała w licznych publikacjach. Autorka nazwała swoją metodę naturalną i całościową, co oznacza, że dziecko z uszkodzonym słuchem powinno przyswoić sobie system językowy podobnie jak jego słyszący rówieśnicy. Kryteriami naturalności miały być następujące wskaźniki:

- Uczenie się języka od rodziców, bo ich głos jest swoistym instrumentem, co znajduje argumentację w radach i wskazówkach autorki: „dziecko powinno uczyć się słuchać głosu swoich rodziców, bo głosy te są punktem wyjścia całego wychowania słuchowego” (Schmid-Giovannini 1995, 14).

- Używanie przez rodziców takich samych słów jak do słyszącego dziecka, ponieważ „terapia niemowlęcia i małego dziecka głuchego musi być prowadzona zgodnie z etapami rozwojowymi dziecka prawidłowo słyszącego” (Schmid-Giovannini 1995, 28).

- Używanie słów przez rodziców w sytuacjach naturalnych, a mianowicie „zawsze wtedy, gdy bierzesz dziecko na ręce, przewijasz je, karmisz powinnaś mówić wprost do ucha, a w szczególności śpiewać [...]. Dziecko powinno uczyć

się głosu swoich rodziców. Głosy te stanowią punkt wyjścia całego wychowania słuchowego” (Schmid-Giovannini 1995, 13–14).

– Prowokowanie dziecka przez rodziców do naśladowania słyszanych dźwięków, do werbalnej komunikacji tak wcześnie, jak to możliwe i w związku z tym autorka proponuje: „Gdy chcesz mówić do dziecka, nie czekaj, aż ono na ciebie spojrzy. Zaczynaj mówić także wtedy, gdy dziecko nie patrzy na twoje usta” (Schmid-Giovannini 1995, 24).

– Zwracanie się do dziecka poprzez „normalne mówienie”, nie wolno stosować łatwiejszych konstrukcji, bo to zubaża język.

Jako nienaturalne autorka odrzuciła budowanie systemu dziecka specjalnie skonstruowanymi metodami i dlatego między innymi skrytykowała kierowanie się kryterium trudności artykulacyjnej wyrazów, używanie uproszczonych zdań i wyrazów, wspomaganie procesu budowania systemu językowego etykietami, komunikacją pozawerbalną, np. mimiką, gestykulacją czy ruchami całego ciała. Była przeciwnikiem języka migowego, ponieważ w jej opinii „język migowy jest zabójczy dla mowy ustnej, jedynie posługując się językiem mówionym, dziecko może stać się pełnowartościowym członkiem ludzkiej społeczności” (Schmid-Giovannini 1995, 24). Metoda została nazwana całościową ze względu na świadome wypowiedanie się do dziecka zdaniami nieuproszczonymi pod względem gramatycznym i semantycznym. Nauka czytania w tej metodzie powinna mieć charakter całościowy, przy czym ważne jest odczytywanie całych zdań, a poszczególne litery pokazywane są dziecku w wybranych wyrazach w zdaniu. Okresem krytycznym w rozwoju mowy jest pierwszy rok życia dziecka głuchego, i dlatego jak najwcześniej należy rozpocząć terapię audytywno-werbalną. Praca nad przyswajaniem mowy dźwiękowej powinna być realizowana na drodze słuchowej i wymaga pełnego zaangażowania całej rodziny (Cieszyńska 2001).

Autorka zachęcała również, aby matka opracowała wspólnie z dzieckiem dzienniczek wydarzeń (pamiętnik). Powinien być on prowadzony w formie obrazkowo-słownej, co ułatwi dziecku przekazanie informacji, np. o własnych przeżyciach, o ważnych wydarzeniach z życia rodziny dziecka niesłyszącego. Osobiste, rodzinne doświadczenia mogą być przedstawione w formie rysunku, fotografii lub wyciętego obrazka, a dziecko stara się o nim opowiadać przynajmniej fragmentarycznie – „Żyjemy i przeżywamy. Nasz język żyje z nami” (Schmid-Giovannini 1995, 64). Wielokrotne odczytywanie (powtarzanie) zapisów utrwala wyrazy i zwroty najczęściej używane w rozmowach. Od czwartego roku życia dziecka głuchego autorka proponuje wprowadzanie symboli (ich funkcję mają pełnić kolory, a nie pismo) mające ułatwić dziecku prawidłowe pod względem gramatycznym budowanie zdań. Posługiwanie się kolorowymi kartkami nazwała metodą symboliczną. Metoda S. Schmid-Giovannini wymaga dużego wysiłku pracy

całej rodziny, szczególnie matki. Oprócz komentowania językowego wszystkich działań dorosłego i dziecka, wzbudzania jego zainteresowań otaczającą rzeczywistością dostarcza mu nowych wrażeń, dziecko powinno je opisywać codziennie w dzienniczku (Cieszyńska 2001).

Kolejnym zwolennikiem podejścia unisensorycznego był twórca metody macierzystej A. van Uden. Twórca niniejszej metody również bazuje na wczesnym wychowaniu językowym i słuchowym. Określenie „macierzyńska” oznacza odwoływanie się do intuicyjnej dydaktyki matki podczas opieki, wychowywania swojego dziecka. Zdaniem autora dziecko uczy się rozumieć mowę matki, ujmując intuicyjnie i globalnie znaczenie całych wypowiedzi, a dodatkowo pomaga mu intonacja i różne konteksty społeczne. Mowa matki charakteryzuje się wyrazistą artykulacją, spowolnieniem, melodyjnością. Znaczenie słowa odkrywa dziecko niesłyszające dzięki ilości i jakości połączeń z innymi pojęciami, a także poprzez informacje gramatyczne (odmianę wyrazów). Jako jeden z pierwszych autorów A. van Uden zwrócił uwagę na konieczność prowadzenia w terapii audytywno-werbalnej dzieci niesłyszających ćwiczeń ogólnorozwojowych, których celem jest stymulacja pamięci, uwagi, spostrzegania wzrokowego (Cieszyńska 2001).

Za idealną metodę kształtowania języka uważał rozmowę, bo podczas jej prowadzenia dziecko niesłyszające zdobywa nowe umiejętności i wiadomości. Ponadto wykazał liczne walory rozmowy, takie jak: podejmowana jest spontanicznie, pozwala poznać świat myśli partnera, ujmuje język w całości, jednocześnie rozwija mowę bierną i czynną, a także kształtuje nowe formy gramatyczne, jest podstawą językowego myślenia, ćwiczy rozumienie zwrotów dzięki różnym kontekstom. Metoda macierzysta bazuje na dwóch strategiach stosowanych przez matki dzieci słyszających: na odgrywaniu podwójnej roli (dziecka i swojej) i na technice podchwytywania (domyślania się doznań i myśli dziecka). Autor podkreślał konieczność wczesnego zaaparatowania, bo to zapobiega niemocie. Pierwsze głosowe reakcje niemowląt z głębokim uszkodzeniem słuchu nie różnią się od reakcji słyszających rówieśników, bo przecież też głuszą, gaworzą. Jednak w okresie między 17. a 23. tygodniem życia ich głosowe reakcje tracą na jakości i częstotliwości, a negatywnym skutkiem może być niemota.

Był przeciwnikiem języka migowego, podając następujące argumenty:

- ogranicza słownik,
- utrudnia zapamiętywanie słów przekazywanych werbalnie,
- opóźnia kształtowanie umiejętności czytania,
- prowadzi do schematycznego myślenia,
- stwarza problemy psychologiczne i socjologiczne, bo uniemożliwia porozumiewanie się wśród słyszających rówieśników i w najbliższym mikrosystemie (Cieszyńska 2001).

Autor uznawał stosowanie podczas komunikacji środków pozawerbalnych: mimiki, języka ciała, naturalnej gestykulacji, ale tylko przez samo dziecko. Celem wczesnej rehabilitacji słuchowo-językowej jest tworzenie mowy wewnętrznej – rozumianej jako predyspozycja do nauki mowy, która stopniowo rozwija się, jeżeli dziecko jest konstruktywnie akceptowane przez rodziców takim, jakie jest. Mowę wewnętrzną należy kształtować podczas zabaw i ćwiczeń identyfikacyjnych. Metoda ta bywa też nazywana cybernetyczną metodą rehabilitacji mowy, czyli dzięki zastosowaniu cybernetycznych środków dydaktycznych (protezy, lusterka artykulacyjnego) dziecko niesłyszące może w pełni świadomie przeżywać własną mowę, słyszeć i czuć artykułowane przez siebie odgłosy.

W surdoterapii mamy również do czynienia z postępowaniem multisensorycznym. Zwolennicy tego podejścia proponują skoncentrowanie się na wykorzystywaniu resztek słuchowych i odczytywaniu mowy z ust. Terapia multisensoryczna skierowana jest do dzieci zależnych od manualnych sposobów komunikowania się, a te właśnie środki są traktowane jako wspierające w rozumieniu i rozwoju mowy. Przedstawiciele tego podejścia mają podzielone zdania dotyczące stosowania manualnych środków komunikacyjnych. Terapeuci z John Tracy Clinic w Los Angeles – U. Eckert, I. Stawowy-Wojnarowska, A. Prozych – odrzucają środki manualne, bo ich zdaniem wczesne oddziaływania rehabilitacyjne polegające na stałym używaniu mowy dźwiękowej, przy zwróceniu uwagi dziecka na jej stronę artykulacyjną, zapewniają wystarczająco dobre warunki do opanowania przez dziecko języka. Z kolei A. Korzon (2001) jest zwolennikiem komunikacji totalnej. Jest to krańcowy wariant podejścia multisensorycznego, w którym zakłada się, że środki manualne pomagają dziecku niesłyszącemu we wstępnej fazie rozwijania komunikacji, by później mogły wykorzystywać percepcję słuchową i odczytywanie mowy z ust. Niniejsza koncepcja uznania wartości migowej komunikacji była m.in. podstawą narodzin nowej metody, zwanej totalną komunikacją (z języka angielskiego – *total communication*). Termin ten został zastosowany po raz pierwszy pod koniec lat 60. XX wieku przez Roy Holcomba, kalifornijskiego nauczyciela dzieci głuchych, ojca dwóch głuchych synów. Dopiero w 1976 roku na konferencji kierowników amerykańskich szkół dla głuchych opracowano definicję tej metody, która brzmi: „jest to koncepcja wcielająca odpowiednie słuchowe (*aural*), migowe (*manual*) i ustne (*oral*) sposoby komunikacji z głuchymi i wśród głuchych dla zagwarantowania skutecznego porozumiewania się” (Pahz, Pahz 1978, 67).

WCZESNA I WIELOSPECJALISTYCZNA DIAGNOZA

W świetle aktualnych badań neurologicznych oraz audiologicznych wczesna i wielospecjalistyczna diagnoza warunkuje skuteczne wychowanie audytywno-werbalne dziecka niesłyszącego. W pierwszym roku życia dziecka w ośrodkach

słuchowych zachodzą ważne procesy dojrzewania, warunkujące właściwe audytywne spostrzeganie. Jeżeli w tym okresie rozwojowym brak jest odpowiednich bodźców stymulujących (z czym spotykamy się w przypadku wczesnej diagnozy i braku szybko rozpoczętej rehabilitacji), to wówczas zaprogramowane na odbiór bodźców słuchowych neuronalne struktury mogą bezpowrotnie utracić swoją funkcję. Późniejsza ich stymulacja to już są działania skierowane na system neuronów zdegenerowanych, które nawet poprzez intensywną stymulację trudno doprowadzić do stanu właściwej sprawności. Plastyczność i maksymalny potencjał ośrodkowego układu nerwowego przez pierwsze dwa lata życia dziecka są związane z jego swoistością rozwojową, a szczególne znaczenie mają takie procesy, jak: ekwipotencjalność tkanki nerwowej, migracja neuroblastów, synaptogeneza, apoptoza i mielinizacja nerwów, różnicowanie dendrytów, dojrzewanie korowej części mózgu (Podgórska-Jachnik 2009). Dlatego z powyższych faktów neurorozwojowych wynikają ważne wnioski dla praktyki surdologopedycznej. Opóźnianie diagnozy uszkodzenia słuchu, a w konsekwencji opóźnianie zaaparowania i wychowania słuchowo-werbalnego jest też przeoczeniem fazy krytycznej dla rozwoju słuchu i mowy, co może prowadzić do mniejszych szans na sukces w rehabilitacji, a potem w procesie edukacji dziecka niesłyszącego. Dlatego tak istotne znaczenie ma diagnoza neuropsychologiczna oparta na poznaniu mechanizmów mózgowych leżących u podłoża zaburzonego funkcjonowania dziecka. W szerokim ujęciu powyższa diagnoza dotyczy badania związków zachodzących pomiędzy funkcjonowaniem mózgu a zachowaniem, umysłem i świadomością dziecka. Wynik badania neuropsychologicznego stanowi bazę dla dalszej diagnozy medycznej (audiologicznej), która jest związana z uzyskaniem informacji na temat przyczyn, czasu, miejsca i stopnia uszkodzenia słuchu. Dziecko niesłyszące wymaga wielospecjalistycznej opieki i w związku z tym w postępowaniu diagnostycznym należy uwzględnić ocenę: psychologiczną (dotyczącą poziomu rozwoju poszczególnych funkcji psychicznych, dodatkowych dysfunkcji rozwojowych) i logopedyczną (w zakresie poziomu sprawności językowych, a w szczególności istotna jest diagnoza funkcjonowania aparatu oddechowego, fonacyjnego, artykulacyjnego). Ważna jest też diagnoza pedagogiczna związana z oceną gotowości szkolnej dziecka niesłyszącego do podjęcia nauki w szkole podstawowej. W tym wypadku ocena pedagoga będzie związana z wymaganiami określonymi w podstawie programowej wychowania przedszkolnego w następujących obszarach: umiejętności społeczne i odporność emocjonalna, umiejętności matematyczne i gotowość do nauki czytania i pisanie, sprawność motoryczna i koordynacja ruchowo-wzrokowa, samodzielność, w tym wykonywanie czynności samoobsługowych. Należy podkreślić fakt, że w polskiej surdopedagogice współistnieją dwa paradygmaty diagnostyczne. W ujęciu A. Krause (2010) pierwszy z nich to paradygmat tradycjonalistyczny, zgodnie z którym w praktyce wykorzystuje się stan-

daryzowane kryteria diagnostyczne, w przypadku wczesnego wykrywania uszkodzeń słuchu zastosowanie ma właśnie diagnoza medyczna i audiologiczna. Obecnie w praktyce klinicznej do oceny narządu słuchu stosowane są dwa rodzaje metod diagnostycznych: psychoakustyczne (subiektywne) i elektrofizjologiczne (obiektywne), które pozwalają na dokonanie rozpoznania stopnia i rodzaju zaburzeń słuchu bez aktywnej współpracy pacjenta (Kochanek 2004). W kolejnym paradygmacie, humanistycznym, istotna jest diagnoza funkcjonalna, która koncentruje się na ocenie potrzeb indywidualnych i rozwojowych dziecka niesłyszącego. To w tym paradygmacie humanistycznym najważniejsze znaczenie ma podmiot diagnozy, sygnalizowanie przez terapeutów autonomii wyboru form wsparcia i stopniowe zastępowanie diagnozy o dziecku niesłyszącym diagnozą dla dziecka niesłyszącego.

ZASTOSOWANIE ODPOWIEDNIEJ PROTEZY SŁUCHOWEJ

Kolejnym warunkiem powodzenia wychowania audytywno-werbalnego jest – po jak najwcześniejszym wykryciu uszkodzenia słuchu – zastosowanie aparatów słuchowych oraz urządzeń o charakterze nadawczo-odbiorczym. W Polsce od 2003 roku dzięki wsparciu finansowemu Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy został urzeczywistniony nowoczesny, ogólnopolski Program Badań Przesiewowych Słuchu wśród Noworodków. W ramach opracowanego przez zespół specjalistów programu realizuje się trzy poziomy diagnostowania uszkodzenia słuchu. Na pierwszym poziomie, referencyjnym, noworodek ma wykonywane nieinwazyjne, przesiewowe badanie słuchu w 2. lub 3. dobie po urodzeniu, uzyskuje się informacje na temat czynników grupy ryzyka, następnie rodzice powinni otrzymać wyniki badań skryningowych i dalsze informacje dotyczące procedury diagnostycznej. W drugim etapie noworodek ma kontynuowane rozpoznanie uszkodzenia słuchu, realizowana jest precyzyjna diagnostyka audiologiczna, do 3. miesiąca życia. Na trzecim poziomie następuje zaopatrzenie w protezę słuchową i skierowanie do specjalistycznej poradni w celu rozpoczęcia terapii słuchu i mowy, najpóźniej do 6. miesiąca życia dziecka (Eckert, Wereszka 2010). Czas, w którym rodzice zostają poinformowani o diagnozie, jest szczególnie i stanowi wstęp do nowego, wspólnego etapu życia rodziny. Rodzice mają szansę uzyskać specjalistyczną pomoc w domu w ramach działalności Fundacji Orange. Postęp techniczny w elektronice, rozwój mikrochirurgicznych technik operacyjnych spowodowały wprowadzenie pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku programu badawczego w Los Angeles, którego celem było leczenie głuchoty za pomocą implantów ślimakowych. Były to początkowo implanty ślimakowe jednokanałowe, a w latach osiemdziesiątych XX wieku pojawiły się implanty wielokanałowe i implanty pniowe. W naszym kraju inicjatorem programu wszczęcia

implantów słuchowych był Henryk Skarżyński. To dzięki międzynarodowej współpracy (między innymi z profesorem Claude-Henri Chouardem) i dokonaniom naukowym H. Skarżyńskiego zaczęły w Polsce powstawać multimedialne programy do badań przesiewowych słuchu, system telekonsultacji w otolaryngologii, czy program zdalnego dopasowania implantu telefiting. Bardzo dobre efekty stosowania tej metody zaowocowały powstaniem w 2009 roku Ogólnopolskiej Sieci Telerehabilitacji Słuchowej, obejmującej 20 ośrodków położonych na terenach Polski. W Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, którym kieruje H. Skarżyński, dziecko z uszkodzonym słuchem może być objęte kompleksową opieką szpitalną i rehabilitacyjną. Spośród 400 zaimplantowanych dotąd przez prof. H. Skarżyńskiego osób tylko 4% z nich stwierdziło, że są zawiedzione efektami implantacji (Skarżyński 2012).

Doniesienia z badań na temat efektywności zastosowania implantów ślimakowych pozwalają ocenić między innymi poziom rehabilitacji słuchowo-werbalnej. Okazuje się, że niemowlęta, które zostały zaimplantowane w pierwszym półroczu życia i były objęte wczesną rehabilitacją osiągnęły prawidłowy lub prawie prawidłowy rozwój mowy (Niemczyk, Piotrowski, Woźniak, Mikołajewska, 2004). W innych badaniach autorzy, dobierając dwie grupy dzieci: z implantem ślimakowym oraz z aparatem słuchowym, stwierdzili, że dzieci z implantem ślimakowym osiągają lepsze wyniki niż dzieci z aparatem słuchowym. Istotnym kryterium w osiągniętych wysokich wynikach dotyczących komunikacji, rozwoju społecznego, ogólnej zaradności życiowej okazał się nie czas zaimplantowania, a długość okresu korzystania z implantu słuchowego. Więcej też korzyści osiągają dzieci z mniejszym ubytkiem słuchu (Bat-Chava, Martin, Kosciw 2005).

UDZIAŁ ŚRODOWISKA RODZINNEGO

A. Jakoniuk-Diallo (2000, 14) na podstawie przeglądu literatury podkreśla, że wychowanie słuchowo-werbalne jest procesem długotrwałym, a szczególną rolę terapeutyczną podczas jego realizacji odgrywa środowisko rodzinne. Teza, że wychowanie słuchowo-werbalne dzieci niesłyszących powinno być prowadzone w środowisku rodzinnym znalazła swoje uzasadnienie w omawianych przez A. Twardowskiego (2012) modelach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym, są to:

- model wspierających wizyt domowych Robina McWilliamsa,
- model wrażliwego nauczania Geralda Mahoneya,
- udoskonalony model nauczania w naturalnym środowisku Terry Hancock i Ann Kaiser.

W modelu wspierających wizyt domowych Robina McWilliamsa najważniejsze wsparcie, jakie uzyskuje rodzina, to wsparcie od specjalisty koordynujące-

go świadczone usługi. Zatem kluczową rolę odgrywają „wspierające wizyty domowe” – WWD. Robin McWilliam wyróżnił pięć następujących założeń swojej koncepcji:

1. WWD nie polega na prowadzeniu zajęć regularnie, może to być jeden raz dziennie, a w inny dzień trzy, cztery razy tak, aby nie przypominało nużących, rytualnych zajęć specjalistycznych;

2. WWD powinno być realizowane w ciągu całego dnia, w najróżniejszych sytuacjach, zgodnie z zainteresowaniami dziecka;

3. Rodzina ma nieporównywanie większy wpływ na rozwój małego dziecka niż specjaliści, którzy widzą dziecko jeden albo dwa razy na tydzień;

4. Dziecko potrzebuje jak najwięcej oddziaływań wspierających rozwój, dlatego można zwiększyć liczbę możliwości, aby rodzice częściej i dłużej stymulowali rozwój dziecka;

5. Wspomaganie rozwoju dokonuje się przede wszystkim w okresach między kolejnymi wizytami specjalistów, a ich zadaniem jest uczyć rodziców, jak postępować z dzieckiem, aby opanowało potrzebne umiejętności.

W opracowanym modelu oprócz wspierających wizyt domowych ważne znaczenie mają jeszcze inne elementy: opracowanie ekomapy rodziny, przeprowadzenie wywiadu dotyczącego codziennego życia rodziny, wyznaczenie specjalisty koordynującego oddziaływanie pomocne, może to być pedagog specjalny, psycholog, terapeuta zajęciowy, logopeda. Koordynator powinien utrzymywać stały kontakt z rodzicami w formie wizyt domowych jeden raz w tygodniu i zapewnić rodzinie różne wymiary wsparcia, a mianowicie: emocjonalne, materialne, czy informacyjne (Twardowski 2012).

Inny model wrażliwego nauczania Geralda Mahoneya opiera się na założeniu, że we wczesnych stadiach ontogenezy najbardziej korzystne dla rozwoju dziecka są takie zachowania, których dominującą cechą jest wrażliwość. Wrażliwi rodzice zachęcają dziecko do podejmowania różnorodnych działań i wspierają je w ich realizacji. Wrażliwość to złożona właściwość i obejmuje kilka komponentów (które są jednocześnie cechami stylu postępowania rodziców wobec dziecka): współdziałanie, adekwatność reakcji rodziców, umiarkowana kontrola przebiegu interakcji, okazywanie dziecku akceptacji i dostosowywanie wymagań do możliwości dziecka. Celem wrażliwego nauczania (z języka angielskiego – *responsive teaching*) jest stymulowanie trzech głównych sfer rozwoju dziecka: rozwoju poznawczego, kompetencji komunikacyjnej, funkcjonowania społeczno-emocjonalnego. Wrażliwe nauczanie jest realizowane za pośrednictwem 66 strategii, a wśród nich autor proponuje następujące: „naśladowanie zachowania dziecka”, „w trakcie wspólnych działań rozmawiaj z dzieckiem”, „obserwuj zachowania dziecka”, „traktuj zachowania dziecka jako przejaw jego zainteresowań”, „określaj słowami intencje, uczucia, czynności dziecka”. Skuteczność wrażliwego na-

uczania wynika stąd, że jego celem jest kształtowanie u dziecka umiejętności kluczowych, a nie zbiór wszystkich umiejętności. Zdaniem autorów rozwój małego dziecka dokonuje się w kontekście zabaw. Podczas zabawy z rodzicami dziecko kształtuje umiejętności kluczowe: inicjuje zabawę, rozwiązuje problemy, rozmawia. Według G. Mahoneya specjaliści mogą zastosować trzy metody w celu przygotowania rodziców do bardziej wrażliwego postępowania z dzieckiem i są to:

- dyskusja – wyjaśnienie, na czym polega wrażliwe postępowanie;
- modelowanie – poznanie kluczowych umiejętności wrażliwego rodzicami i włączenie ich do swoich zachowań;
- bezpośrednie zastosowanie strategii wrażliwego nauczania – zademonstrowanie rodzicom, jak powinni postępować i zachęcanie rodziców do tego, aby modyfikowali swoje zachowania.

Ostatni z proponowanych modeli to udoskonalony model nauczania w naturalnym środowisku Terry’ego Hancocka i Ann Kaiser. Model ten jest najnowszą wersją tzw. podejścia środowiskowego w terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju, zapoczątkowany w połowie siedemdziesiątych lat XX wieku. Niniejsze podejście zostało opracowane na potrzeby terapii mowy i określone przez autorów wieloma terminami: nauczanie naturalne, nauczanie zorientowane na dziecko, nauczanie transakcyjne, nauczanie konwersacyjne, nauczanie zorientowane na kształcenie kompetencji komunikacyjnej. Istotą podejścia środowiskowego w terapii mowy jest nauczanie języka w kontekście jego stosowania w codziennych sytuacjach życiowych, np. w domu rodzinnym dziecka, w przedszkolu. Zdaniem Marca Feya koncepcja nauczania mowy w naturalnym środowisku jest wysoce skuteczna, ponieważ jest naturalna, umożliwi dziecku trwałe i szybkie opanowanie umiejętności językowych, a także ułatwi przeniesienie opanowanych nawyków do nowych sytuacji komunikacyjnych.

Teoretycznymi podstawami tego modelu są: psychologia behawiorystyczna, komunikacyjna orientacja oparta na rozwoju języka, wiedza o rodzicach jako nauczycielach języka. Twórcy odrzucają klasyczną formułę behawioryzmu: bodziec–reakcja–wzmocnienie, w zamian przyjmują założenie, że dziecko pełni aktywną rolę w procesie nauczania mowy, a często samo go inicjuje. Rola rodziców w tym modelu jest pośrednia i sprowadza się do trzech kroków: organizowania środowiska, w którym odbywa się terapia mowy, zachęcania dziecka do wypowiedzania się i dbania, o to, aby zachowania werbalne dziecka prowadziły do pozytywnych konsekwencji, czyli istotne znaczenie ma to, aby dziecko wykorzystało nabyte umiejętności językowe w nowych sytuacjach, w kontaktach z nowymi kolegami.

Udoskonalony model nauczania w naturalnym środowisku składa się z trzech kolejno następujących po sobie elementów, a mianowicie:

– aranżowania środowiska w taki sposób, aby sprzyjało nauczaniu i uczeniu się języka – rodzice są szkoleni w dobieraniu zabawek i innych środków dydaktycznych, aby dziecko rozwijało swoje umiejętności społeczne;

– wrażliwego reagowania na zachowania dziecka – rodzice są uczeni, aby w trakcie interakcji podążali za dzieckiem, reagowali na jego zachowania, dostosowywali wypowiedź do możliwości językowych i poznawczych dziecka,

– stosowanie przemyślanych metod nauczania, takich jak: modelowanie, sprowokowane modelowanie, odraczenie, nauczanie okazjonalne.

Udoskonalony model nauczania w naturalnym środowisku ma wiele zalet, ale niezwykle istotny jest fakt, że pozwala oddziaływać na dziecko w sposób elastyczny, i terapeuci mogą dostosowywać strategie wczesnego wspomaganie rozwoju do jego potrzeb i możliwości.

PODSUMOWANIE

W świetle przedstawionej analizy istotne znaczenie ma spojrzenie na dzieci niesłyszące jako grupę wymagającą intensywnej stymulacji w zakresie wychowania audytywno-werbalnego od momentu zdiagnozowania uszkodzenia słuchu ze strony specjalistów, nauczycieli i rodziców. Wychowanie audytywno-werbalne jest więc nieodłącznym elementem całości procesu rehabilitacyjnego dziecka niesłyszącego. W związku z tym istnieje potrzeba propagowania działań uświadamiających wśród rodziców dzieci niesłyszących o rzeczywistej efektywności terapii słuchowo-językowej. Terapeuci, podejmując niniejsze działania profilaktyczne, będą doświadczali problemów związanych ze współpracą z rodzicami dzieci niesłyszących, którzy nie stanowią grupy homogenicznej. W opiniach niektórych niesłyszących rodziców, a szczególnie tych, którzy identyfikują się z dążeniami emancypacyjnymi środowiska osób głuchych, założenia wychowania audytywno-werbalnego nie będą odpowiadały potrzebom ich dzieci niesłyszących. Realizacja intensywnej stymulacji będzie również utrudniona w przypadku dzieci niesłyszących z dodatkowymi dysfunkcjami rozwojowymi. W kontekście powyższych rozważań, pomimo wykazania wysokiej skuteczności wychowania audytywno-werbalnego, należy podkreślić, że nie istnieje jedna idealna strategia czy kombinacja metod w zakresie wspomaganie rozwoju, które wychodziłyby naprzeciw potrzebom rozwojowym dziecka niesłyszącego. Jednak realizowanie wcześniej i systematycznie koncepcji wychowania audytywno-werbalnego pozwoli, że sprawdzi się teza A. Löwe i dziecko niesłyszące „nauczy się słyszeć i mówić”.

BIBLIOGRAFIA

- Bat-Chava Y., Martin D., Kosciw J.G., 2005, *Longitudinal improvements in communication and socialization of deaf children with cochlear implants and hearing aids: evidence from parental reports*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 46, no. 12, p. 1287–1296.
- Cieszyńska J., 2001, *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Drogi nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Kraków.
- Eckert U., Wereszka K., 2010, *Rodzice wobec diagnozy i rehabilitacji dziecka z wadą słuchu*, [w:] S. Przybyliński (red.), *Pedagogika specjalna – tak wiele pozostaje dla nas tajemnicą...*, Olsztyn, s. 105–112.
- Jakoniuk-Diallo A., 2006, *Podmiotowa rola rodziców w rehabilitacji dziecka z zaburzeniami rozwoju*, [w:] W. Dykciak, A. Twardowski (red.) *Poznańska pedagogika specjalna. Tradycje – osiągnięcia – perspektywy rozwoju*, Poznań, s. 241–250.
- Kochanek K., 2004, *Obiektywne badania słuchu u progu XXI wieku*, „Audiofonologia”, t. 25, s. 35–40.
- Korzon A., 2001, *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*, Kraków.
- Krause A., 2010, *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Kraków.
- Löwe A., 1999, *Każde dziecko może nauczyć się słyszeć i mówić*, Poznań.
- Löwe A., 2000, *Festschrift zum 100-jährigen Bestehen der Landes-Taubstummanstalt Ratibor*.
- Pahz J.A., Pahz Ch.S., 1978, *Total Communication*. Springfield, Illinois.
- Niemczyk K., Piotrowski J., Woźniak A., Mikołajewska L., 2004, *Leczenie głębokiego obustronnego niedosłuchu metodą wszczepiania implantu ślimakowego u dziecka w pierwszym roku życia*, „Audiofonologia”, t. 25, s. 19–22.
- Podgórska-Jachnik D., 2009, *Uzasadnienie potrzeby wczesnych oddziaływań wspomagających rozwój dziecka jako jednego z głównych kierunków rozwoju współczesnej pedagogiki specjalnej*, „Niepełnosprawność”, 1, s. 91–102.
- Schmid-Giovannini S., 1995, *Rady i wskazówki dla rodziców i wychowawców dzieci z uszkodzonym słuchem*, zeszyt 1, tłumaczyła M. Góralówna, Warszawa.
- Skarżyński H. (red.), *Wyrównywanie szans dzieci z zaburzeniami komunikacyjnymi w krajach Europy*, Warszawa, 2012.
- Szeląg E., 1999, *Założenia diagnozy neuropsychologicznej osób z uszkodzonym narządem słuchu*, „Słyszę”, 7/8 (21/22), s. 2–4, 24–25.
- Twardowski A., 2012, *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Poznań.