

Metoda werbo-tonalna jako uzupełnienie wychowania słuchowego dziecka z niedosłuchem prelingwalnym – studium przypadku

Monika Knychalska-Zbierańska

STRESZCZENIE

Prawidłowy słuch fizyczny warunkuje rozwój kompetencji komunikacyjnej oraz opanowanie systemu językowego. Jest to o tyle istotne, iż to właśnie język jest sposobem zdobywania nowych doświadczeń i gromadzenia wiedzy o świecie, ale też daje sposobność i możliwość interpretacji otaczającej człowieka rzeczywistości. Prelingwalne uszkodzenia słuchu typu odbiorczego mają niebagatelny wpływ na rozwój i kształtowanie się mowy oraz języka dziecka (Kurkowski, 2013, s. 9–10). W przypadku ich wystąpienia znacznie utrudnione staje się nie tylko samo porozumiewanie się z otoczeniem, ale też nadawanie komunikatów słownych. Inną konsekwencją uszkodzenia narządu słuchu są zaburzenia w sferze życia społecznego, co może indukować problemy natury psychicznej (Lindner, 1976, s. 224–242). To właśnie dlatego tak ważna jest właściwie postawiona diagnoza audiologiczna, ale też dobrze dobrana terapia surdologopedyczna.

Sam wybór odpowiedniej metody i zaplanowanie skutecznej terapii to główne zadania surdologopedy. W praktyce często stosuje się elementy różnych metod, które zmieniają się na poszczególnych etapach terapii. Na szczególną uwagę, zwłaszcza w kontekście terapii

słuchowej małego dziecka, zasługuje metoda werbo-tonalna Petara Guberiny.

Celem pracy jest przedstawienie przebiegu terapii surdologicznej dziecka z głębokim niedosłuchem odbiorczym, jak również zaprezentowanie wniosków oraz postulatów po półrocznym czasie rehabilitacji słuchu i mowy z wykorzystaniem metody werbo-tonalnej.

SŁOWA KLUCZOWE

niedosłuch, terapia logopedyczna, metoda werbo-tonalna

Verbo-tonal method as a complement auditory education of a child with prelingual hearing loss – case study

SUMMARY

Performance and quality of hearing have a vital impact on the development of communicative competence and mastery of the language system. This is very important because language is a way to gain new experiences and knowledge about the world, it also gives the opportunity and the ability to interpret surrounding human reality. Prelingual hearing damage type receiver has substantial impact on the progress and the development of child's speech and language (Kurkowski, 2013, s. 9–10). It makes that communication with others is much more difficult as well as creating verbal messages. Consequences of pathology of hearing disorders are also in the sphere of social life and mental health (Lindner, 1976, s. 224–242). That is why the proper audiology diagnosis and well-chosen therapy of hearing and speech is so important. The choice of the appropriate method and planning of effective therapy are the main tasks of surdologicopedic therapy. In practice different methods are used during various stages of treatment. The verbo-tonal method of Petar Gubrina is given here special attention, especially in the context of auditory therapy of children.

The aim of this article is to describe the course of speech therapy of a child with profound sensorineural hearing loss and to present the proposition of six-month time rehabilitation of hearing and speech using verbo-tonal method.

KEY WORDS

hearing loss, speech therapy, verbo-tonal method

WSTĘP

Największy wpływ na rozwój i jakość komunikacji językowej mają niedosłuchy odbiorcze, które wystąpiły w okresie pre- oraz perilingwalnym i skutkowały znacznym lub głębokim ubytkiem słuchu. Na uwagę zasługuje ogrom trudności, z jakimi boryka się dziecko, a które dotyczą wszystkich modalności czy podsystemów języka (Kurkowski, 2013, s. 77). U dzieci z głuchotą prelingwalną oraz z nieodpowiednimi, niewystarczającymi działaniami wychowawczymi obserwować można znaczne i dość charakterystyczne zaburzenia porozumiewania się językowego. Cechują się zakłóceniami w zakresie wszystkich aspektów języka. Niezwykle istotne jest to, iż:

uszkodzenia słuchu ograniczają możliwości reakcji człowieka na bodźce akustyczne, tym samym zaburzając lub uniemożliwiając ich odbiór i nadawanie. Konsekwencją tego mogą być trudności w opanowaniu mowy i jej rozumieniu w komunikowaniu się z otoczeniem oraz w samokontroli czynności wytwarzania dźwięków mowy (Trochymiuk, 2008, s. 11).

Na podstawie literatury można przyjąć, iż mowa dzieci z lekkim ubytkiem słuchu charakteryzuje się zaburzeniami słuchu fonemowego ze względu na kłopoty z różnicowaniem głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych, zubożalym słownictwem oraz niewłaściwą artykulacją głosek przedniojęzykowo-dziąsłowych i przedniojęzykowo-prepalatalnych. Z kolei średni ubytek słuchu predysponuje dziecko do zaburzeń w odbieraniu intonacji, problemów z analizą i syntezą fonemową wyrazów, ubogim zasobem słów, agramatyzmami oraz wadliwą wymową głosek trzech szeregów. Znaczny ubytek słuchu w kontekście zaburzeń mowy cechuje obniżenie rozwoju na poziomie wszystkich systemów języka, brakiem uwagi słuchowej oraz możliwości detekcji, identyfikacji i różnicowania słuchowego. W niedosłuchu głębokiego stopnia do wyżej wymienionych nieprawidłowości należy dodać zakłócony słuch prozodyczny, co ujawnia się w braku zróżnicowanej melodii, rytmu, intonacji i akcentu w wypowiedzi, a także piskliwym głosem, często o nosowym zabarwieniu, oraz zbyt szybkim tempem mowy i przeciąganiem głosek (Kobosko, 1998, s. 54–55).

OPIS PRZYPADKU

CHARAKTERYSTYKA BADANEGO

Pacjentka urodziła się w kwietniu 2012 roku jako wcześniak, w 32. tygodniu ciąży drogą cięcia cesarskiego, do którego wskazaniem było wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania płodu (5. tydzień ciąży). Masa ciała noworodka wynosiła 730 g, a w skali Apgar dziecko uzyskało 6 punktów. Na sali porodowej zastosowano wsparcie oddechu, które kontynuowano do drugiej doby życia na OIOM-ie. W kolejnych dobach dziecko było oddechowo wydolne.

Do 22. doby życia stosowano u dziewczynki żywienie parenteralne – pozajelitowe (wlewem dożylnym). Karmienie enteralne (dojelitowe za pomocą sondy) ze zwiększającą się stopniowo ilością pokarmu stosowano od drugiej doby życia dziecka. Pełne leczenie drogą dojelitową uzyskano w 23. dobie życia. Dziecko było karmione mieszanką dla wcześniaków, podczas gdy jednocześnie kontynuowano naukę karmienia smoczkiem.

Po porodzie obserwowano prawidłowy przyrost masy ciała dziewczynki. Jednakże zwiększała się dysproporcja między długością ciała a obwodem główki. Mimo Babygramu w granicach normy, masa i wymiary ciała dziecka były dużo poniżej trzeciego centyla. W wykonanym badaniu USG przeciemiążkowym podczas konsultacji neurologicznej uwidoczono cechy przebytego krwawienia dokomorowego (IVH II stopnia oraz cechy ewolucji IVH I stopnia). Jak podaje literatura, według klasyfikacji Papille’a krwawienie I stopnia charakteryzuje się niewielką ilością wynaczynionej krwi w przestrzeni podściółkowej. W stopniu II nieznaczna objętość krwi pojawia się w komorach mózgu, jednak szybko ulega resorpcji. Rokowania po przebytych krwawieniach I i II stopnia są bardzo optymistyczne, ponieważ najczęściej krwawienia ustępują całkowicie i bez powikłań (Plagens-Rotman i in., 2011, s. 251). W przypadku diagnozowanej dziewczynki rogi czołowe komór bocznych były zaokrąglone, a w warstwie rozrodczej po lewej stronie pojawiła się czteromilimetrowa torbielka pokrwotoczna. Struktury mózgowe były prawidłowe o typowej echogeniczności. W całości układ komorowy nieposzerzony i nieprzemieszczony, a przestrzeń podogonowa na podstawie i sklepistości mózgu nieposzerzona.

Ze względu na stwierdzenie u matki w wywiadzie prenatalnym obecności nadciśnienia, niedoczynności tarczycy i cukrzycy typu I (gdzie okres choroby trwa więcej niż 10 lat) zlecono konsultację w poradni metabolicznej. Wykonane u dziecka badania endokrynologiczne wykazały lekko podwyższone TSH, jednak bez cech klinicznych niedoczynności tarczycy.

Co także istotne, z powodu hiperbilirubinemii od drugiej do czwartej doby życia dziecko wymagało fototerapii. Maksymalne stężenie bilirubiny w drugiej dobie życia wynosiło 7,6 mg/dl. Odbyła się także konsultacja ortopedyczna, która wykazała fizjologiczną dysplazję stawów biodrowych (TYP IIa), więc zalecono szerokie pieluszkowanie. Z tego powodu dziewczynka została skierowana na rehabilitację ruchową.

Nie bez znaczenia dla późniejszej diagnozy audiologicznej, a co z tym związane – i logopedycznej, były dodatnie wyniki pobranego przy przyjęciu na OIOM skriningu infekcyjnego, po których włączono szerokowidmową antybiotykoterapię. Ze względu na dodatnie badania laboratoryjne, tak zwane wykładniki infekcji wrodzonej (dodatnie CRP, małopłytkowość i *Staphylococcus hominis*), zastosowano celowaną antybiotykoterapię, którą kontynuowano do dziewiątej doby życia dziecka. W pobranych badaniach serologicznych nie uwidoczniiono infekcji, jednak w piętnastej dobie życia stan ogólny pacjentki się pogorszył (w posiewie krwi *Staphylococcus epidermidis*). Ponownie włączono leczenie, którego zaprzestano po dziesięciu dobach terapii.

DIAGNOSTYKA AUDIOLOGICZNA

Na początku czerwca 2012 roku wykonano u dziewczynki przesiewowe badanie słuchu (otoemisja akustyczna TEOAE), co jest typową, standardową procedurą dotyczącą wszystkich noworodków urodzonych w Polsce. Dotyczące dziecka czynniki ryzyka uszkodzenia słuchu to wcześniactwo, masa urodzeniowa mniejsza niż 1500 g, intensywne leczenie, trwające powyżej siedmiu dni, oraz przyjmowane leki ototoksyczne. Po nieprawidłowym wyniku badania (refer) skierowano dziewczynkę do kontroli w poradni audiologicznej z II poziomu referencyjnego.

Kolejny raz diagnozowano dziecko pod kątem ewentualnych uszkodzeń słuchu w listopadzie 2012 roku. Wówczas wykonano badanie ABR we śnie fizjologicznym dla częstotliwości 2–4 kHz. Próg słuchowy wyznaczony w badaniu dla ucha prawego wynosił 45 dB, a w uchu lewym nie zarejestrowano odpowiedzi na bodziec dźwiękowy o natężeniu 90dB. Ponowną diagnostykę audiologiczną przeprowadzono w styczniu 2014 roku. Wówczas odbyło się badanie otoemisji akustycznych w postaci tak zwanego DP-gramu, badanie impedancji ucha środkowego, to jest tympanometria, i badanie odruchów z mięśnia strzemiączkowego, a także kolejny ABR wykonany we śnie farmakologicznym na częstotliwościach 2–4 kHz. Każde z przeprowadzonych badań potwierdziło wcześniejsze diagnozy dotyczące niedosłuchu. Obecnie pacjentka czeka na kwalifikację do wszczepu implantu słuchowego.

DIAGNOZA SURDOLOGOPEDYCZNA – METODY

Diagnozę logopedyczną postawiono w lutym 2015 roku (do tej pory dziewczynka nie korzystała z jakiegokolwiek formy terapii mowy i języka). Do badania mowy wykorzystano *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym* autorstwa Iwony Michalak-Widery oraz Katarzyny Węgierskiej, książki Iwony Michalak-Widery *Zaczynam mówić* i *Już mówię* oraz obserwację dziecka podczas swobodnej aktywności i zabawy. Przeprowadzono również wywiad z matką dziewczynki, którą poproszono o wypełnienie Inwentarza rozwoju mowy i komunikacji: słowa i gesty autorstwa Magdaleny Smoczyńskiej. Po spotkaniu logopeda uzupełnił Kartę Oceny Programu 60 kroków Katarzyny Bieńkowskiej, która służy do oceny i terapii dzieci z wadą słuchu.

PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ

Karta Oceny Programu 60 Kroków

I poziom – prelingwalny, liczba punktów: 12

Dziecko wykazuje odruchową reakcję na obecność dźwięku lub jego nagły, niespodziewany brak. Dziewczynka reaguje także na dźwięki instrumentów, wybrzmiewające w jej pobliżu, wykrywa obecność dźwięków w otoczeniu i poszukuje źródła dźwięku. Ponadto dziecko reaguje na początek i/lub koniec wypowiedzi oraz dźwięki Linga w izolacji oraz wyrażenia dźwiękonaśladowcze (które próbuje powtarzać). Potrafi wybiórczo traktować znane mu dźwięki w momencie, gdy nie jest nimi zainteresowane, ale także reagować na nowy dźwięk, pojawiający się przy wtórze dźwięków zakłócających, poszukiwać i lokalizować źródło dźwięku (choć nie zawsze). Dziecko nie realizuje tylko jednego aspektu dotyczącego wykrywania liczby dźwięków.

II poziom – językowy, liczba punktów: 7

Dziecko nie realizuje pięciu paradygmatów dotyczących różnicowania instrumentów, cech dźwięków mowy, wzorów rytmów oraz identyfikacji znaczenia słów na podstawie cech suprasegmentalnych i segmentalnych.

III poziom – komunikacyjny, liczba punktów: 7

Dziecko nie buduje wypowiedzi dwuklasowych i nie zadaje pytań nominujących, nie różnicuje i nie identyfikuje zdań na podstawie rozumienia pojedynczych słów, nie cechuje się umiejętnością uczestniczenia w prostej rozmowie na znany temat, nie rozumie poleceń i zdań złożonych, wielozdaniowych. Poza tym nie odmienia rzeczownika, nie wykazuje prób słowotwórczych, nie rozumie wyrażań wieloelementowych, nie zmienia tematu rozmowy, nie rozumie zagadek

opisowych, tematycznych, istnienia zasad i reguł gramatycznych oraz nie opanowało czynnie kompetencji językowej.

IV poziom kompetencji językowej nie jest znany dziecku, liczba punktów: 0

Podczas przeprowadzania oceny za pomocą Karty Oceny Programu 60 Kroków dziewczynka uzyskała łącznie 26 punktów.

Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji: Słowa i Gesty Magdaleny Smoczyńskiej – wersja 4b

W tym badaniu wyraźnie zaznacza się bardzo dobre rozumienie czy też dobrze rozwinięta płaszczyzna mowy biernej. Praktycznie większość słów, onomatopei, poleceń, pytań czy wyrażen jest rozumiana przez dziewczynkę. Z zakresu posługiwania się czynną mową na uwagę zasługuje stosunkowo mała liczba realizowanych wyrazów z praktycznie wszystkich, proponowanych w inwentarzu kategoriach. Dziecko wypowiada większość nazw, formuł, zabaw i rutynowych czynności (13/16) oraz prawie połowę czasowników zebranych w liście wyrazów (28/63). Dziewczynka uzyskała bardzo dobre wyniki w drugiej części inwentarza, dotyczącej czynności i gestów. Tutaj prawie wszystkie gesty komunikatywne, zabawy i rytuały, działania na przedmiotach, zabawa wynikająca z naśladownictwa oraz naśladowanie czynności dorosłych realizowane są przez dziecko prawie stuprocentowo, co zdaje się potwierdzać tylko wyniki diagnozy logopedycznej. Wyniki Inwentarza Rozwoju Mowy i Komunikacji: Słowa i Gesty zostały zebrane w poniższej tabeli.

Tabela 1. Wyniki Inwentarza Rozwoju Mowy i Komunikacji: Słowa i Gesty

Lp.	Kategoria dotycząca listy wyrazów	Uzyskane punkty		Realizacja w mowie – przykłady
		Rozumienie	Mowa	
1	Odgłosy (onomatopeje)	6/12	6/12	Hau, hau; miau; muu; bam/bum/bęc; tralalala/lalala
2	Pojazdy: prawdziwe i zabawkowe	5/9	4/9	Auto/samochód; motor/motocykl/quad; samolot; traktor
3	Zwierzęta: prawdziwe i zabawkowe	18/35	15/35	Kaczka; kogut; koń; kot; krowa; kura; lew; małpa; myszka; pies; pingwin; ptaszek; słoń; świnka; żaba

Lp.	Kategoria dotycząca listy wyrazów	Uzyskane punkty		Realizacja w mowie – przykłady
		Rozumienie	Mowa	
4	Ubrania	12/20	6/20	Buty; czapka; kurtka; majtki; pieluszki/pampers; rękawiczki
5	Części ciała	16/20	9/20	Czoło; noga; nos; oko; pępek; pupa; ręka; ucho; zęby
6	Pokarmy i napoje	17/30	10/30	Banan; chleb; herbata; jajko; jedzenie/papua/am; kaszka; mleko; picie; woda; ziemniaki/kartofle
7	Przedmioty domowego użytku	17/33	5/33	Klucz; łyżka; okulary; ręcznik; telefon
8	W domu: pomieszczenia, sprzęty, meble	11/24	1/24	Drzwi
9	Zabawki	8/11	4/11	Bajka; balonik; piłka; smoczek
10	Poza domem	6/22	5/22	Deszcz; dom; kościół (mówi amen); śnieg; woda
11	Osoby	8/16	8/16	Babcia; dzidzi/dzidzius; dziewczynka; imię zwierzątka; mama/mamusia; pan; tata/tatus; własne imię dziecka
12	Formuły, zabawy, rutynowe czynności	13/16	13/16	Cześć; do widzenia; dobranoc; dziękuję; proszę; przepraszam; halo; pa, pa; tak; nie; siusiu/siku/sisi; kupka; kosi, kosi, łapci
13	Określenia miejsca	2/6	1/6	Tam
14	Określenia czasu	2/6	0/6	–
15	Zaimki	3/12	2/12	To; ja (mi, mnie)
16	Czasowniki	50/63	28/63	Bić; boleć; chcieć; czytać; dać; dzwonić; gotować; grać; huścić/bujać się; jechać/jeździć; jeść; kąpać się; kochać; myć (się); nie ma; otworzyć; palić (się); pić; pisać; płakać; siedzieć; spać; szukać; (nie) wolno; zamknąć; zaświecić/zapalić; zdjąć/ściągnąć; zepsuć
17	Przymiotniki i przysłówki	13/28	10/28	Be; cacy; brudny; chory; cicho; gorący/gorąco; ładny/ładnie; mokry/mokro; zepsuty; zimny/zimno
18	Określenia miary	2/9	1/9	Inny
19	Pytania	3/8	1/8	Co to?

Źródło: opracowanie własne.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Chronologia, która uwidacznia się w rozwoju i w kształtowaniu systemu językowego u dziecka, pozwala na porównywanie występowania kolejnych zjawisk językowych pod względem jakościowym i ilościowym. Dlatego też należy w tym miejscu zaznaczyć, iż na przełomie drugiego i trzeciego roku życia dziecka, oprócz szybkiego rozwoju słownictwa, następuje także rozwój gramatyki, co wiąże się z rozwojem systemu fonologicznego. Znakiem tego są wyrazy pojawiające się w słowniku dziecka, które nie są już tylko naśladowaniem, ale pełną reprodukcją oraz analogicznym tworem do wyrazów dorosłych. Analizując pod tym kątem rozwój mowy badanego dziecka, należy stwierdzić, iż brak w nim nie tylko owych reprodukcji pod względem gramatyki (przez liczne elizje w mowie dziewczynki ocena tego aspektu pozostaje zaburzona), ale także zaburzony pozostaje rozwój składni, fleksji nominalnej i werbalnej oraz semantyki, czyli stałości i trwałości znaczeń wielu wyrazów.

Na podstawie danych uzyskanych z wywiadu z matką, analizy dokumentacji medycznej oraz obserwacji diagnozującej można stwierdzić cechy opóźnionego rozwoju mowy ze względu na głęboki niedosłuch. Dziewczynka w kontaktach interpersonalnych wykorzystuje gesty oraz podparcie wzrokowe, kontrolę wzrokową, która pomaga jej w lepszym zrozumieniu przekazu słownego. Dobrze rozwinięta pozostaje płaszczyzna mowy biernej. Podczas rozmowy dziecko posługuje się pojedynczymi słowami, onomatopejami i bardzo prostymi zdaniami, których konstrukcja słowotwórcza pozostaje jednak znacznie zaburzona. Często zdarzają się elizje w nagłosie wyrazów, epentezy lub uproszczenia wyrazów, mające charakter redukcji głosek.

PLAN TERAPII SURDOLOGOPEDYCZNEJ

Skonstruowane programy rehabilitacji słuchu i mowy ukierunkowane są na konkretne deficyty, ale i umiejętności oraz mocne strony dziecka. Rezultatem wieloaspektowego kształcenia jest harmoniczny i wszechstronny rozwój małego pacjenta. W przypadku opisywanej dziewczynki w programie terapii bardzo ważną funkcję będzie spełniać:

1. Stymulacja językowa z wykorzystaniem aktywności ruchowej przez zabawy usprawniające także dużą i małą motorykę, motorykę narządów mowy oraz zabawy słuchowe.
2. Trening oddechowy, wskazujący dziecku racjonalne zużycie powietrza podczas mówienia oraz wydłużający fazę wydechu.

3. Ćwiczenia artykulacyjne, mające wspomóc poprawną wymowę samogłosek, co będzie wstępem do nauki poprawnego wymawiania poszczególnych głosek z systemu.
4. Ćwiczenia prozodii mowy, kształcące rytm, tempo, akcent i intonację.
5. Ćwiczenia leksykalne, zwiększające zasób słownika biernego i czynnego, ćwiczenia fleksji, słowotwórstwa, składni oraz ćwiczenia językowych sprawności komunikacyjnych. Wśród nich znajdują się ćwiczenia reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych.
6. Ćwiczenia słuchowe, rozwijające pamięć słuchową i percepcję dźwięków, z wykorzystaniem bodźców niewerbalnych: rozpoznawanie dźwięków instrumentów, rozpoznawanie głosów zwierząt, rozpoznawanie różnych dźwięków z otoczenia, rozpoznawanie dźwięków wysokich i niskich, różnicowanie rytmu oraz różnicowanie liczby dźwięków. Ćwiczenia z wykorzystaniem dźwięków mowy powinny obejmować ćwiczenia słuchu fonemowego (różnicowanie wyrazów, różnicowanie głosek – w izolacji, w sylabach otwartych i zamkniętych), ćwiczenia słuchu prozodycznego i melodii wypowiedzi (ćwiczenia iloczasu, tempa wypowiedzi, akcentu zdaniowego, intonacji) oraz ćwiczenia słuchu fonetycznego.
7. Ćwiczenia logarytmiczne, to znaczy ćwiczenia z zakresu techniki ruchu, ćwiczenia precepcyjno-ruchowe i muzykowanie.

METODA WERBO-TONALNA – POMYSŁ NA TERAPIĘ

Metoda werbo-tonalna została opracowana w latach 50. XX wieku przez profesora Petara Guberinę – dyrektora Instytutu Fonetyki oraz Centrum Rehabilitacji Słuchu i Mowy w Zagrzebiu, lingwistę, glottodydaktyka, którego zainteresowania badawcze skupiały się głównie wokół problematyki związanej z percepcją mowy (Trochymiuk, 2007, s. 125). Według Guberiny strukturami istotnymi dla językowego porozumiewania się są: język, składający się z systemów fonologicznego, morfologicznego i składniowego, który umożliwia przekazywanie i odbiór informacji; jego cechy prozodyczne, jak intonacja, rytm, czas, ruchy i przerwy wprowadzające zabarwienie emocjonalne; a także kontekst, w którym każde porozumiewanie się jest osadzone (Fleis, 2002, s. 13). Program terapeutyczny dla dzieci niesłyszących obejmuje rozwijanie zdolności w zakresie imitowania wzorców wymawianiowych, rytmicznych i intonacyjnych, usprawnianie percepcji

słuchowej i koordynacji słuchowo-wzrokowo-ruchowej oraz obserwację reakcji na proponowane wzmocnienia (Trochymiuk, 2007, s. 130).

Przyczyn takiego podejścia należy szukać w poglądach Guberiny na znaczenie ciała, organizacji mięśniowej czy ruchu w procesie wytwarzania mowy. Badania wykazały bowiem, iż ciało jest szczególnie zaangażowane w odbiór i produkcję dźwięków mowy, tym bardziej w przypadkach znacznego i głębokiego ubytku słuchu. Według założeń metody ciało bierze udział w ekspresji mowy przez postawę i ruch, mimikę, gestykulację, zachowanie, które nadają komunikacji przede wszystkim akcent emocjonalny. Towarzyszy ono także rytmowi wypowiedzi przez określanie pauz, taktu, rozłożenia akcentu. Uwydatnia ponadto kontekst sytuacyjny oraz znaczenie nadawcy i odbiorcy komunikatu względem siebie. Z kolei organizacja mięśniowa może zarówno ułatwiać, jak i utrudniać produkcję mowy. W przypadku osób z uszkodzonym słuchem ujawnia się to poprzez wzmożone napięcie mięśniowe podczas fonacji, czemu także towarzyszy niewłaściwy tor oddechowy. Z tej racji emisja głosu pozostaje zaburzona (Fleis, 2002, s. 14–15).

Podczas realizacji programu metody werbo-tonalnej terapeuta posługuje się zasadami:

- akustyczną – pozwala na maksymalne rozwinięcie mowy, co dostosowuje dziecko do jego środowiska i sprawia, że dziecko może kontrolować swoją mowę;
- fonetyczną – kładzie nacisk na postępy dziecka, tak by móc zindywidualizować pracę, także w grupie;
- językową – według niej najmniejszą jednostką językową jest zdanie, które może przybrać nawet kształt izolowanego dźwięku lub pojedynczego słowa;
- czwartą zasadę – w terapii niezbędne są elementy akustyczne z wyraźną strukturą rytmu, dźwięków i o odpowiedniej łatwości fonetycznej (Fleis, 2002, s. 14–15).

Jak podaje Anita Trochymiuk,

wszystkim ćwiczeniom towarzyszy aktywizacja motoryczna dzieci pozwalająca pobudzić zmysły: westybularny (struktury błędnika; dzięki temu jest otwierana i rozwijana dodatkowa przestrzeń percepcji do 1000 Hz), proprioceptywny, kinestetyczny oraz dotykowy, których prawidłowe funkcjonowanie stanowi bazę dla rozwoju percepcji w zakresie nadrzędnych układów zmysłów – słuchowego i wzrokowego (Trochymiuk, 2007, s. 130).

Ćwiczenia ujęte w programie terapii spójnie ujmują założenia metody werbo-tonalnej, którą z powodzeniem można stosować w terapii małej pacjentki. Z tego względu konieczna będzie nauka wybrzmiewania poszczególnych głosek przy użyciu określonych układów ruchowych oraz zabaw fonacyjnych z przeznaczonym do tego rodzaju ćwiczeń akcesorium: zabawką-desygnatem. Zabawom tym towarzyszy artykulacja dobranej do przedmiotu i konkretnego ruchu dźwięku mowy, który trwa tak długo, jak długo porusza się przedmiot. Niezbędne jest podczas wykonywania tych ćwiczeń zwrócenie uwagi na odpowiednią intonację i modulację głosu dotyczącą tempa ruchu zabawki, a także mimikę twarzy terapeuty, będącą wyrazem towarzyszących emocji (Trochymiuk, 2007, s. 131–133).

Ćwiczenia odnoszące się do rytmów ciała oraz rytmów muzycznych stosowane są w terapii dzieci niesłyszących we wczesnym wieku przedszkolnym. Zasada, która im przyświeca, odnosi się do zobrazowania, a potem przeniesienia makroruchów całego ciała na mikroruchy narządów artykulacyjnych. Co ważne, samogłoski są wywoływane i utrwalane w izolacji, natomiast spółgłoski – w sylabie. Z kolei rytmy muzyczne służą kształtowaniu właściwej jakości i siły głosu oraz wzorców rytmicznych i intonacyjnych. Są one opanowywane za pomocą nieskomplikowanych wzorców graficzno-motorycznych, których wykonaniu towarzyszy artykulacja prostych sylab, tak aby dzieci skupiały się na prezentowanych treściach (Trochymiuk, 2007, s. 131–135).

WNIOSKI, POSTULATY, DYSKUSJA

Celem terapii jest zbudowanie świadomości dźwięku, rozwijanie umiejętności lokalizacji źródła dźwięku, rozpoznawanie i dyskryminacja wrażeń akustycznych. W warstwie językowej terapia bazuje na kształceniu świadomości istnienia oraz możliwości wypowiedzenia dźwięków mowy, to znaczy samogłosek i onomatopei, oraz przyporządkowaniu dźwięku określonym desygnatom.

Zmiennymi zakłócającymi proces terapii jest niewłaściwie „dobrana”, jednostronna (!) proteza słuchowa (dziecko uczestniczy w postępowaniu kwalifikacyjnym do wszczepu implantu słuchowego) oraz zachowanie dziecka i nakładające się na to problemy wychowawcze. Postawy rodzicielskie prezentowane względem dziecka mają charakter nadmiernie ochraniający, uległy i nadopiekuńczy. Hamują kompleksowe wdrożenie terapii słuchu i mowy, pełne zaangażowanie rodziny w rehabilitację pacjenta oraz wyegzekwowanie od dziecka określonych działań. Niezbędna jest zatem systematyczna praca z psychologiem względem systemu, jakim jest rodzina, w ujęciu całościowym, holistycznym.

Terapia surdologopedyczna będzie kontynuowana, a gdy zajdzie taka potrzeba, będzie modyfikowana, zmieniana i indywidualnie dostosowywana do pacjenta i jego rodziny. Konieczność ewentualnych zmian planu terapii trzeba będzie brać pod uwagę także ze względu na możliwość przeprowadzenia u dziecka zabiegu implantacji wszczepu ślimakowego. Z tej racji terapia będzie musiała nabrać nieco innego kształtu oraz być odroczone w czasie do momentu podłączenia pierwszych elektrod w ślimaku. Takie decyzje zapadną jednak już po operacji.

BIBLIOGRAFIA

- Fleis W., 2002, *Edukacyjna metoda werbo-tonalna dla osób z uszkodzonym narządem słuchu*, „Audiofonologia”, t. 21, Lublin, s. 9–22.
- Gunia G., 2013, *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Kobosko J., 1999, *Stawanie się rodzicem dziecka głuchego to proces*, [w:] *Moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, red. J. Kobosko, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niestyszących i Niedosłyszących „Człowiek Człowiekowi”, Warszawa.
- Krakowiak K., Dziurda-Multan A., 2012, *Wychowanie dzieci z uszkodzeniami słuchu – nowe wyzwania dla rodziców i specjalistów*, seria: Nie głos, ale słowo..., t. 3, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Kurkowski M., 1997, *Audiogenne uwarunkowania rozwoju mowy*, „Audiofonologia”, t. 10, Lublin, s. 105–113.
- Kurkowski Z.M., 2013, *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Kurkowski Z.M., Trochymiuk A., Muzyka E., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń słuchu*, „Logopedia”, t. 37, s. 29–37.
- Lindner G., 1976, *Podstawy audiologii pedagogicznej*, przeł. J. Wierchowski, PWN, Warszawa.
- Périer O., 1992, *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu: aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*, przeł. T. Gakowski, WSiP, Warszawa.
- Plagens-Rotman K., Bączyk G., Kubiak S., Bernad D., Pyszczorska M., Przybylska R., 2011, *Krwawienia wewnątrzczaszkowe u noworodków z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała*, „Nowiny Lekarskie”, nr 8 (4), s. 251–257.
- Rakowska A., 1992, *Rozwój systemu gramatycznego u dzieci głuchych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Siedlanowska-Brzosko H., Stawowy-Wojnarowska I., 1975, *Wykorzystywanie aparatów w nauce dzieci z wadami słuchu*, WSiP, Warszawa.
- Stachyra J., 2001, *Zdolności poznawcze i możliwości umysłowe uczniów z uszkodzonym słuchem*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Trochymiuk A., 2007, *Metoda werbo-tonalna w terapii dzieci z uszkodzeniami słuchu*, „Logopedia”, t. 36, Lublin, s. 125–136.
- Trochymiuk A., 2008, *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.