ZDZISŁAW MAREK KURKOWSKI, ANITA TROCHYMIUK, EWA MUZYKA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń słuchu

The Standard of Logopedic Treatment in Hearing Disorders

Uszkodzenia narządu słuchu są jedną z najczęściej występujących przyczyn zaburzeń słuchu. W *Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych* ICD-10 uszkodzenia narządu słuchu posiadają symbol H-90 i są zróżnicowane przede wszystkim w zależności od miejsca uszkodzenia (H90.0–H90.8). Kryteria podziału uszkodzeń słuchu brane pod uwagę w rozmaitych klasyfikacjach (por. H. Skarżyński 1997; O. Périer 1992) odnoszą się do: czasu zadziałania czynnika patogennego, stopnia ubytku słuchu, miejsca uszkodzenia oraz do jego przyczyn.

Ze względu na czas wystąpienia wyróżniamy uszkodzenia narządu słuchu:

— prelingwalne — przed opanowaniem mowy (prenatalne, perinatalne i postnatalne),

— perilingwalne — w trakcie rozwoju mowy (występujące w okresie wyrazu, zdania lub swoistej mowy dziecięcej),

— postlingwalne — po opanowaniu mowy (mogące wystąpić w wieku szkolnym, u dorosłych i osób w wieku starczym).

Ze względu na etiologię uszkodzenia narządu słuchu dzieli się na:

— wrodzone (genetyczne lub będące następstwem chorób przebytych w okresie płodowym),

— nabyte (będące następstwem chorób, przyjmowanych środków farmakologicznych, urazów akustycznych lub mechanicznych).

Ze względu na stopień ubytku słuchu dzielimy je na:
— lekkie (21–40 dB),
— umiarkowane 41–70 dB),
— znaczne (71–90 dB),
— głębokie (powyżej 90 dB).

Ze względu na miejsce uszkodzenia narządu słuchu wyróżniamy uszkodzenia:
— przewodzeniowe,
— odbiorcze (ślimakowe, pozaślimakowe, korowe),
— mieszane (przewodzeniowo-odbiorcze),
— centralne zaburzenia słuchu.

Zróżnicować należy także uszkodzenia jednostronne i obustronne.

DIAGNOZOWANIE

Diagnozowanie dziecka z zaburzonym słuchem odbywa się w ramach działania wielospecjalistycznego zespołu, w skład którego wchodzi: audiolog-foniatra (audiofonolog), surdologopeda, surdopsycholog, surdopedagog.

Kolejne kroki zmierzające do postawienia diagnozy surdologopedycznej stanowią:
1) wywiad;
2) analiza dokumentacji audiologicznej, psychologicznej, pedagogicznej, neurologicznej itp.;
3) ocena percepcji mowy;
4) ocena sprawności językowych i komunikacyjnych;
5) określenie wad sprzężonych;
6) ocena sprawności psychoruchowych.

Efektem postępowania diagnostycznego jest postawienie wstępnej diagnozy, którą należy odróżnić od diagnozy okresowej.

Diagnoza wstępna

Diagnoza i terapia surdologopedyczna jest poprzedzona diagnozą audiologiczną i pomocą audioprotetyczną (w razie konieczności) oraz objęciem rodziny opieką psychologiczną. W przypadku uszkodzeń prelingwalnych diagnoza ta powinna odbywać się do 12 miesiąca życia.

Diagnoza okresowa

Powinna odbywać się u dzieci w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym (1. i 2. rok życia) oraz w okresie przedszkolnym (od 3. do 6. roku życia) co 6 miesięcy; u dzieci i młodzieży w okresie szkolnym (od 7. do 18. roku życia) corocznie; u dorosłych (do 26. roku życia) w zależności od potrzeb.

Zróżnicowania, ze względu na pełnioną funkcję, wymaga również diagnoza dokonywana na bieżąco od diagnozy formowanej dla celów edukacyjnych.

Diagnoza bieżąca

Ma na celu ocenę postępów w zakresie wprowadzanych programów terapeutycznych.

Diagnoza dla celów edukacyjnych

Wykonywana jest dla potrzeb placówek oświatowych w celu właściwego doboru placówki kształcącej — kształcenie masowe, integracyjne, specjalne w przypadku wyboru przedszkola, szkoły podstawowej, gimnazjum, liceum. Opinia surdologopedy powinna stanowić niezbędny element w zakresie orzecznictwa w sprawie kształcenia.

Czynności poddawane ocenie w procesie diagnostycznym to:

a) mowa,

b) czytanie i pisanie,

c) posługiwanie się naturalnymi gestami i mimiką,

d) posługiwanie się językiem migowym.

Celem diagnozy surdologopedycznej jest rozpoznanie logopedyczne:

— aktualnych możliwości słuchowych w zakresie percepcji mowy dziecka,

— poziomu osiągniętych sprawności językowych i komunikacyjnych,

— preferowanego sposobu komunikowania się z otoczeniem.

Na wszystkich etapach rozwoju konieczne jest sprawdzanie występowania ewentualnych wad sprzężonych (zaburzenia wzroku, upośledzenie umysłowe, alalia oraz autyzm, uszkodzenia neurologiczne) oraz ocena sprawności psychoruchowych.

PROGRAMOWANIE TERAPII

Programowanie terapii oznacza ułożenie programu kształcenia językowego dostosowanego do wieku[1] i możliwości danego dziecka. Decydujące jest na tym etapie:

1) ustalenie dominującego sposobu percepcji mowy,

2) wskazanie optymalnego dla dziecka sposobu komunikowania się,

3) ustalenie strategii rozwijania sprawności językowych i komunikacyjnych.

[1] Pod uwagę należy brać zarówno wiek metrykalny pacjenta, jak i wiek rozwojowy dla poszczególnych funkcji słuchowych, psychoruchowych oraz sprawności językowych i komunikacyjnych.

Dobór ćwiczeń powinien wynikać z możliwości słuchowych i aktualnego poziomu rozwoju językowego. Weryfikacja programu powinna następować przynajmniej po roku pracy z dzieckiem.

Celem postępowania logopedycznego jest kształcenie percepcji mowy oraz rozwijanie sprawności językowych i komunikacyjnych w oparciu o:

— metody audytywno-werbalne, jednozmysłowe i wielozmysłowe (zob. Y. Csányi, 1994; Z. M. Kurkowski, 1996; A. Trochymiuk, 2007; Z. M. Kurkowski, A. Trochymiuk, 2009),

— metodę fonogestów (zob. K. Krakowiak, 1995),

— komunikację totalną (zob. A. Korzon, 1996),

— metody dwujęzykowe (zob. D. Bouvet, 1996).

Proponowana organizacja postępowania terapeutycznego:

— 2 razy w tygodniu;

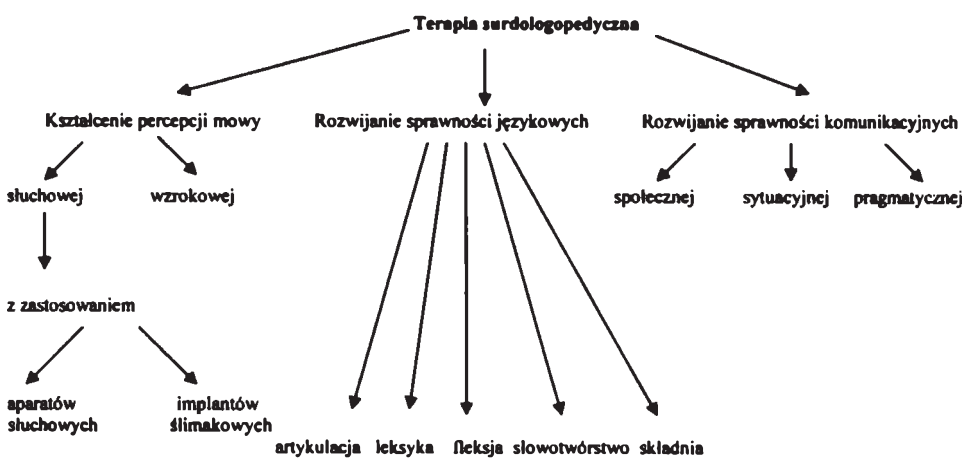
— czas trwania jednostki: 30 min.

Wskazane byłoby, aby część zajęć z najmłodszymi dziećmi — przynajmniej do końca drugiego roku życia — odbywała się w środowisku rodzinnym dziecka.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

Postępowanie terapeutyczne powinno bezpośrednio wynikać z rozpoznania logopedycznego. Zmienną modelującą zakres terapii jest wiek dziecka/osoby nią objętej.

Schematyczne ujęcie postępowania terapeutycznego można przedstawić w sposób następujący:



Ryc. 1. Schemat postępowania logopedycznego w przypadku uszkodzeń słuchu

KSZTAŁCENIE PERCEPCJI MOWY

Sposób kształcenia percepcji mowy zależy od wielu zmiennych ustalonych uprzednio w procesie diagnostycznym (są to m.in.: możliwości i preferencje pacjenta w tym zakresie, typ i stopień ubytku słuchu, moment rozpoznania wady, dopasowania protezy słuchowej i rozpoczęcia wychowania słuchowego i terapii logopedycznej) i ściśle wiąże się z wyborem metod kształcenia językowego.

Wyróżnia się następujące sposoby kształcenia percepcji mowy.

1. Słuchowe — z zastosowaniem aparatów słuchowych lub implantów ślimakowych. Polega na stymulacji istniejących możliwości w zakresie percepcji słuchowej w oparciu o intensywne wychowanie słuchowe[2] wypracowane w obrębie audytywno-werbalnych i oralnych metod terapii. Służy rozwijaniu funkcjonalnej zdolności słyszenia, warunkującej opanowanie mowy, z zastosowaniem strategii nauczania uwzględniających następstwo etapów rozwojowych występujących w prawidłowym procesie komunikacji. W przypadku uszkodzeń prelingwalnych najlepsze efekty kształcenia języka i mowy uzyskuje się wówczas, gdy proces terapii rozpoczyna się przed 6 miesiącem życia dziecka[3], niemniej jednak podjęcie takich kroków w późniejszych miesiącach również pozwala na osiąganie zadowalających rezultatów. Większość badaczy tego problemu sugeruje jednak, że tzw. okres krytyczny nie może przekroczyć 24 miesięcy[4].

Wychowanie słuchowe powinno przebiegać według określonego programu rozwijania funkcji słuchowych odpowiadających poszczególnym stadiom rozwoju mowy (D. Pollack, 1985):

Kształcenie percepcji słuchowej u dzieci odbywa się w ramach podejścia:

— jednozmysłowego — odbiór mowy dokonuje się tylko i wyłącznie w oparciu o uszkodzony zmysł słuchu,

— wielozmysłowego — w odbiorze mowy wiodącą rolę pełni uszkodzony zmysł słuchu, ale obok tego dopuszcza się udział pozostałych zmysłów, pełniących jednak funkcję drugorzędną, uzupełniającą (wyróżnia się w związku z tym percepcję słuchowo-wzrokową, słuchowo-wzrokowo-dotykową).

---

[2] Doskonalenie zdolności odbioru dźwięków u osób dorosłych przyjmuje postać treningu słuchowego.

[3] W tym czasie pojawiają się u dzieci słyszących wokalizacje i gaworzenie będące wynikiem dojrzewania korowych struktur asocjacyjnych, w wyniku którego następuje sprzężenie słuchowo-ruchowe stanowiące podstawowe ogniwo procesu rozwoju mowy (słuchanie — mówienie).

[4] Wszczep kochlearny wskazany jest przede wszystkim w przypadkach obustronnych głębokich głuchot odbiorczych (ślimakowych), przy braku korzyści z zastosowania klasycznych aparatów słuchowych. (por. Skarżyński, 2004).

Tabela 1. Etapy rozwoju funkcji słuchowych i mowy

NARODZINY	
Słuch	Mowa
świadomość słuchowa	płacz
uwaga słuchowa	głużenie
lokalizacja	uśmiech
dyskryminacja	śmiech
słuchowe sprzężenie zwrotne	wokalizacje
kontrola głosu	gaworzenie
sekwencyjność	imitacja
przetwarzanie słuchowe	szept
	żargon
	pierwsze słowa
	kombinacje słów
rozumienie	zdania
	konwersacje
wyższy poziom rozumienia	prawie doskonała gramatyka

Wyboru w obrębie jednego z wyżej wymienionych podejść dokonuje się przede wszystkim w oparciu o ocenę możliwości słuchowych pacjenta związanych z zyskami z protez słuchowych. W związku ze zmienną dynamiką tych możliwości u dzieci, w ramach diagnozy okresowej można podjąć decyzję o zmianie podejścia.

2. Wzrokowe — związane ze wzrokową percepcją mowy, potocznie określaną jako „odczytywanie mowy z ust". Dominującą rolę w odbiorze mowy pełni informacja widoczna na ustach osoby mówiącej, choć może ona być uzupełniana o informacje płynące z pozostałych zmysłów (będziemy mówić w związku z tym o wzrokowo-słuchowym, wzrokowo-gestowym, wzrokowo-kinestetycznym lub wzrokowo-słuchowo-dotykowym odbiorze mowy). Kształcenie wzrokowej percepcji mowy u osób niesłyszących odbywa się w oparciu o kompleksową metodę analityczno-syntetyczną[5], z uwzględnieniem poszczególnych czynników warunkujących wzrokowy odbiór mowy — nadawca, odbiorca, środowisko, tekst (por. B. L. Kaczmarek, 1986). Ma ono również bezpośrednie konsekwencje w wyborze metod, koncepcji i środków kształcenia językowego (metoda fonogestów, system językowo-migowy, komunikacja totalna, daktylografia).

Każdy z omówionych sposobów kształcenia percepcji mowy, niezależnie od wybranych metod kształcenia językowego, należy łączyć z wczesnym

[5] Nauka odbioru mowy przebiega dwutorowo, dotyczy opanowywania wzrokowego różnicowania położenia narządów mowy zarówno w trakcie wymawiania pojedynczych głosek lub sylab, jak i w dłuższych wypowiedziach.

nabywaniem umiejętności nauki czytania, stanowiącym dodatkową drogę opanowywania systemu językowego (por. J. Cieszyńska, 2000).

Rozwijanie sprawności językowych i komunikacyjnych w ramach terapii surdologopedycznej obejmuje (J. Muzyka, 2009) niżej podane ćwiczenia.

1. Ćwiczenia językowych sprawności systemowych — są to ćwiczenia zmierzające do nauczenia znaków z poszczególnych poziomów organizacji języka, a zatem fonemów, morfemów, wyrazów oraz ćwiczenia reguł łączenia tych znaków w większe całości, a zatem reguł fonologicznych, morfologicznych, w tym fleksyjnych i słowotwórczych oraz reguł składniowych. W każdym programie kształcenia językowego powinny znaleźć się zatem:

a) ćwiczenia artykulacyjne — zmierzające do nauczenia poprawnej (w miarę możliwości wyznaczonych stopniem ubytku słuchu) wymowy głosek (por. A. Trochymiuk, 2008) i prozodyczne (zmierzające do kształcenia takich elementów mowy jak: rytm, tempo, akcent, intonacja)[6],

b) ćwiczenia leksykalne — zmierzające do nauczenia jak największej liczby wyrazów,

c) ćwiczenia gramatyczne:

— fleksyjne — zmierzające do nauczenia prawideł deklinacji i koniugacji (końcówki fleksyjne jako przedmiot nauczania),

— słowotwórcze — zmierzające do nauczenia tworzenia formacji słowotwórczych przy wykorzystaniu środków słowotwórczych właściwych językowi polskiemu (formanty słowotwórcze jako przedmiot nauczania),

— ćwiczenia składniowe — zmierzające do nauczenia budowania zdań (związki składniowe: zgody, rządu, przynależności oraz schematy zdań prostych i złożonych jako przedmiot nauczania).

2. Ćwiczenia językowych sprawności komunikacyjnych — są to ćwiczenia zmierzające do przyswojenia następujących reguł komunikacyjnych (S. Grabias, 1994; 1997).

1. Reguły społeczne — pozwalają budować teksty odpowiednie do społecznych rang rozmówców. Realizowanie ról społecznych w procesie komunikacji polega na doborze środków językowych stosownie do intelektualnych możliwości odbiorcy oraz do funkcji, jaką pełni on w społeczeństwie.

2. Reguły sytuacyjne — pozwalają budować teksty odpowiednie do sytuacji, w jakiej znajdują się rozmówcy. Sprawność w zakresie posługiwania się regułami sytuacyjnymi wiąże się z umiejętnością uwzględnienia takich komponentów aktu komunikacyjnego, jak: liczba rozmówców, miejsce i czas rozmowy, temat wypowiedzi, kanał przekazu informacji oraz gatunek two-

rzonego tekstu. Pozwala zatem poprawnie budować zarówno opis, jak i opowiadanie, teksty mówione i pisane, monologowe i dialogowe.

3. Reguły pragmatyczne — pozwalają budować teksty odpowiednie do intencji nadawcy. Każda wypowiedź realizuje intencje mówiącego, stąd można mówić o następujących funkcjach pragmatycznych:

— funkcja informacyjna: nadawca ujawnia chęć poinformowania o czymś;

— funkcja modalna: nadawca ujawnia stosunek do zawartej w informacji rzeczywistości;

— funkcja działania: nadawca chce, aby ktoś lub aby on sam wykonał jakąś czynność;

— funkcja emocjonalna: nadawca ujawnia swoje uczucia.

Reguły komunikacyjne uruchamiają w procesie komunikacji swoiste zasoby środków językowych, które często funkcjonują na zasadzie społecznych stereotypów, np. *dzień dobry, na pewno tak, co słychać, jestem pewien* itp. Środków językowych właściwych każdej z wymienionych reguł komunikacyjnych nie jest w stanie utworzyć użytkownik języka, odwołując się do umiejętności budowania zdań gramatycznie poprawnych, a więc w oparciu o samą znajomość systemu językowego. Należy się ich nauczyć jako pewnych całości, by następnie odtwarzać je z pamięci w odpowiednich sytuacjach społecznych (S. Grabias, 1994).

Nieco zmodyfikowanego sposobu postępowania wymagają osoby z zaburzeniami mowy i czytania, uwarunkowanymi centralnymi zaburzeniami słuchu. W tych przypadkach kształtowanie mowy i nauka czytania powinny być poprzedzone audiologiczną oceną centralnych funkcji słuchowych oraz stymulacją percepcji słuchowej w szczególności w zakresie różnicowania częstotliwości, natężenia i czasu trwania dźwięków.

Surdologopeda powinien również organizować przesiewowe badania słuchu i mowy w placówkach oświatowych (lub współpracować w ich przeprowadzaniu).

BIBLIOGRAFIA

Bouvet D., 1996, *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzykowe dziecka niesłyszącego*, Warszawa.

Cieszyńska J., 2000, *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Kraków.

Csányi Y., 1994, *Słuchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Model węgierski*, tłum. B. Szymańska, Warszawa.

Grabias S. (red.), 1994, *Język w nauczaniu niesłyszących. Zasady programowania systemu komunikacyjnego*, [w:] *Głuchota a język*, seria: Komunikacja językowa i jej zaburzenia 7, red. S. Grabias, Lublin, s. 185–221.

Grabias S., 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.

Kaczmarek B. L., 1986, *Wzrokowa percepcja wypowiedzi słownych*, Lublin.

Korzon A., 1996, *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*, Kraków.

Kosmalowa J. (red.), 2001, *Rehabilitacja dzieci i młodzieży z uszkodzonym narządem słuchu. Standardy, programy i projekty organizacyjne w Programie Opieki nad Osobami z Uszkodzeniami Słuchu w Polsce*, Warszawa

Krakowiak K., 1995, *Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem*, Lublin.

Kurkowski Z. M., Trochymiuk A., 2009, *Metody audytywno-werbalne*, (w druku).

Kurkowski Z. M., 1996, *Mowa dzieci sześcioletnich z uszkodzonym narządem słuchu*, Lublin.

Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, 2006, Kraków. Rewizja dziesiąta, t. 1.

Muzyka E., 2009, *Program pracy z dzieckiem niesłyszącym, czyli o czym powinien pamiętać logopeda*, (w druku).

Périer O., 1992, *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*, Warszawa.

Pollack D., 1985, *Educational Audiology for the Limited Hearing Infant and Preschooler: An Auditory-Verbal Program*, Charles C. Thomas, Springfield.

Skarżyński H. (red.), 2004, *Implanty ślimakowe — rehabilitacja*, Warszawa

Skarżyński H., Mueller-Malesińska M., Wojnarowska W., 1997, *Klasyfikacje uszkodzeń słuchu*, „Audiofonologia", 10, s. 49–60.

Trochymiuk A., 2007, *Metoda werbo-tonalna w terapii dzieci z uszkodzeniami słuchu*, „Logopedia", 36, s. 125–137.

Trochymiuk A., 2008, *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*, [w:] Komunikacja językowa i jej zaburzenia 22, red. S. Grabias, Lublin.