



ANNA CZYŻ

Instytut Pedagogiki Specjalnej, Wydział Pedagogiczny,
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
 0000-0002-6145-8061

ANNA MICHALCZYK

Instytut Pedagogiki Specjalnej, Wydział Pedagogiczny,
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
 0000-0001-7433-161X

Późna diagnoza niedosłuchu a jakość komunikacji i rozwoju psychospołecznego dziecka w wieku przedszkolnym Studium przypadku

Late Diagnosis of Hearing Impairment and the Quality of Communication
and Psycho-social Development of Preschool Patients: A Case Study

ABSTRACT: This case study shows the consequences of a late diagnosis and treatment of a child suffering from a chronic, recurrent inflammation of the middle ear, resulting in conductive, fluctuating, mild hearing loss. The article presents the child's communication and psychological problems stemming from hearing difficulties. This study uses three diagnostic tools in order to comprehensively assess the individual developmental spheres of the boy. The final part of the article contains conclusions and postulates regarding the importance of early therapeutic care.

KEY WORDS: hearing impairment, speech development, diagnosis, case study

Prawidłowo funkcjonujący zmysł słuchu warunkuje funkcjonowanie człowieka w zakresie nie tylko recepcji i percepcji dźwięków, ale przede wszystkim rozumienia świata, poprzez związek odbioru sygnałów otoczenia z kształtowaniem się mowy fonicznej, dzięki której dokonuje się werbalizacji w procesach kognitywnych. Ukształtowana prawidłowo mowa przyczynia się do rozwoju psychicznego – podmiotowego i społecznego jednostki.

Już od pierwszych chwil życia narząd słuchu jest przystosowany do odbierania wrażeń słuchowych. Płód w łonie matki jest zdolny do reagowania na głośne dźwięki, co manifestuje się jego ożywieniem i szybszym biciem serca. Około 21. tygodnia ciąży narząd słuchu u płodu ma w pełni rozwiniętą część odbiorczą (narząd Cortiego, w którym występują komórki słuchowe), co pozwala na dalsze doskonalenie się funkcji pod wpływem stymulacji sygnałami akustycz-

nymi zarówno w życiu płodowym, jak i po narodzinach. W związku z działaniem neurotropowych hormonów tworzą się połączenia nerwowe, pozwalające na sprawny odbiór i przetwarzanie sygnału. Okresem krytycznym dla podjęcia stymulacji narządu słuchu jest pierwsze 18 miesięcy życia dziecka. Nie bez znaczenia dla prawidłowego rozwoju biopsychospołecznego jednostki pozostaje zatem wczesne wykrycie, diagnoza i podjęcie ewentualnych działań naprawczych w przypadku wystąpienia nieprawidłowości słuchowych¹.

Fizjologia i patologia narządu słuchu

Ludzkie ucho rozróżnia około 3 tys. różnych tonów i jest jednym z najbardziej wyspecjalizowanych narządów w ciele człowieka. Składa się z części ośrodkowej, na którą składają się ośrodki korowe i podkorowe zlokalizowane w centralnym układzie nerwowym (CUN) oraz ośrodkowe drogi słuchowe, a także obwodowej – ucho wewnętrzne, część ślimakowa nerwu przedsionkowo-ślimakowego, ucho środkowe oraz zewnętrzne. Gdy zmysł słuchu działa prawidłowo, fala dźwiękowa dociera do małżowiny usznej, następnie transmitowana przewodem słuchowym zewnętrznym trafia na struktury ucha środkowego. Wprawia w ruch błonę bębenkową i kosteczki słuchowe – strzemiączko, młoteczek i kowadełko. Głównym zadaniem ucha zewnętrznego i środkowego jest wychwytywanie i przewodzenie fal dźwiękowych od środowiska zewnętrznego, aż do receptorów w uchu środkowym. Uszkodzenie części ucha zewnętrznego czy środkowego, jak na przykład zrośnięcie przewodu słuchowego, niedostateczne wykształcenie lub perforacje błony bębenkowej, rozerwanie lub skostnienia na poziomie kosteczek słuchowych, powoduje niedosłuch typu przewodzeniowego, lekki do umiarkowanego, który zazwyczaj mieści się w granicach 40–60 dB.

W pełnym wykorzystywaniu przetwarzania wrażeń słuchowych istotną rolę odgrywa część ucha wewnętrznego zlokalizowana na błonie podstawnej ślimaka, w której wyróżnia się (jedyne takie w organizmie ludzkim) komórki wyposażone w rzęski, odpowiedzialne za proces odbioru dźwięków. Dochodzi tu do przekształcania bodźców akustycznych w impuls elektryczny, który trafia na zakończenia włókien VIII nerwu czaszkowego. Uszkodzenia typu odbiorczego – ślimakowego

¹ Z. KUŁAKOWSKA: *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin, Folium 2003; A. OBRĘBOWSKI: *Podstawowe wiadomości z filo- i ontogenezy oraz anatomii narządu słuchu*. W: *Zarys audiologii klinicznej*. Red. A. PRUSZEWICZ. Poznań, Wydaw. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego 2000, s. 39–60; O. PERIER: *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*. Przeł. T. GAŁKOWSKI. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1992.

mają różną głębokość i dają różne rokowania; mogą prowadzić nawet do całkowitej i nieodwracalnej głuchoty².

Przekazywany nerwem słuchowym sygnał przechodzi pień mózgu i trafia na struktury korowe mózgu. Włókna nerwowe wychodzące z jądra kolankowatego przyśrodkowego tworzą w korze słuchowej tzw. promienistość słuchową. Kora słuchowa znajduje się w płacie skroniowym, gdzie pierwszorzędowy ośrodek słuchu zlokalizowany jest w zakrętach skroniowych Heschla w tylnogórnej części, a ośrodek kojarzeniowy, drugorzędowy zajmuje część górną³. Nie tylko odbiera ona sygnały dźwiękowe, ale także różnicuje sygnały docierające w tym samym czasie, filtruje je, analizuje i interpretuje, tworząc zrozumiałą informację. „Asocjacyjna kora słuchowa wykorzystywana jest do przetwarzania złożonych dźwięków wyłaniających się z wielu fal dźwiękowych nadchodzących w tym samym czasie. Jest to szczególnie istotne w rozpoznawaniu języka. Uszkodzenie tej części mózgu powoduje, że osoba odbiera dźwięki, ale nie jest w stanie ich różnicować⁴”.

Jak wspomniano wcześniej, narząd słuchu jest wysoce wyspecjalizowany i dostarcza do mózgu zróżnicowane informacje płynące z otoczenia. W przypadku dziecka proces ten przekłada się bezpośrednio na prawidłowy rozwój w poszczególnych obszarach, między innymi w komunikacyjnym. W przypadku uszkodzenia narządu słuchu do dziecka dociera znacznie mniejsza ilość informacji, które pozwalałyby budować wiedzę i umiejętności niezbędne do prawidłowego funkcjonowania. Niezwykle ważną kwestią jest czas utraty słuchu, który determinuje dalsze rokowania związane z nabywaniem mowy przez dziecko. Zwracając uwagę na kryterium czasu, wyróżnia się trzy rodzaje uszkodzeń: prelingwalne, perylingwalne (interlingwalne) i postlingwalne, powstałe odpowiednio przed opanowaniem języka, w trakcie tego procesu oraz po jego zakończeniu się. W pierwszym przypadku ubytek słuchu nie tylko utrudnia i opóźnia komunikację werbalną, ale także wpływa na samą jakość rozwoju języka dziecka. Z kolei w uszkodzeniu interlingwalnym i postlingwalnym, widoczne jest utrudnienie procesu komunikowania się i wiązać się będzie najczęściej z obniżeniem aspektu jakościowego mowy (zniekształcenia, wady wymowy, zaburzenia głosu)⁵.

Wyróżnia się wiele przyczyn, które mogą powodować wystąpienie wady słuchu, wśród nich czynniki endogenne, dziedziczne, czynniki egzogenne, w tym uszkodzenia okołoporodowe, powstałe po urodzeniu, w okresie niemowlęcym

² J. KUCZKOWSKI: *Physiology and Pathology of Hearing*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Red. E. MUZYKA-FURTAK. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 26–27.

³ O. NARKIEWICZ: *Narząd przedsionkowo-ślimakowy*. W: *Anatomia człowieka*. Red. J. SOKOŁOWSKA-PITUCHOWA. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2000, s. 851–866.

⁴ P. ABRAHAMS: *Fizjologia. Wszystko, co trzeba wiedzieć o działaniu organizmu człowieka*. Przeł. P. KOSTRZEWSKI. Warszawa, Świat Książki 2010, s. 145.

⁵ K. KRAKOWIAK: *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*. Lublin, Wydaw. Marii Curie-Skłodowskiej 2006, s. 16–17.

i wczesnego dzieciństwa oraz w późniejszym okresie życia⁶. Dla rozwoju kompetencji komunikacyjnych istotnymi są także miejsce i rodzaj powstałego uszkodzenia. Ze względu na typ uszkodzenia niedosłuch dzieli się na przewodzeniowy, odbiorczy i mieszany, zaś w odniesieniu do miejsca uszkodzenia wyodrębnia się obwodowe oraz centralne (ośrodkowe) uszkodzenia narządu słuchu. Znaczące dla możliwości odbioru sygnałów akustycznych są także głębokość i profil uszkodzenia. Według Międzynarodowego Biura Audiofonologii⁷ wyróżnia się lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki ubytek słuchu. Jeśli wziąć pod uwagę przebieg krzywych (profil akustyczny) słuchowych, najczęściej występują uszkodzenia basowe, wysokotonowe, kolebkowe, płaskie⁸. Konfiguracja powyższych cech uszkodzeń warunkuje możliwość odbioru i kształtowania się mowy, nadając zindywidualizowany charakter procesowi rozwoju kompetencji komunikacyjnej.

Rola słuchu w procesie percepcji i nabywania mowy

Głos i mowa rozwijają się od momentu narodzin, a w procesie tym główną rolę odgrywa sprawnie funkcjonujący analizator słuchu. Możliwość usłyszenia samego siebie oraz porównania swojego głosu z głosem innej osoby jest doświadczeniem niezbędnym w procesie komunikowania. Niedosłuch jest jedną z najczęstszych przyczyn opóźnionego rozwoju mowy u dzieci. Mowa własna w takich przypadkach poddawana jest słabej kontroli słuchowej, zaś niemożność usłyszenia detali dźwiękowych powoduje zniekształcenia wymowy. W wyniku uszkodzeń słuchu zaburzone w różnym stopniu i zakresie mogą być funkcje słuchowe, takie jak:

- recepcja dźwięków mowy – dostrzeganie wystąpienia lub zniknięcia danego bodźca dźwiękowego; to najbardziej podstawowa funkcja, rozumiana po prostu jako słyszenie lub słuch fizjologiczny; jest za nią odpowiedzialny analizator słuchu we współpracy z ośrodkiem słuchowym; wskutek tej współpracy powstają wrażenia słuchowe,
- lokalizacja – wskazanie w przestrzeni źródła dobiegającego dźwięku, w szczególności prawidłowe wskazanie osoby mówiącej;

⁶ B. SZCZEPANKOWSKI: *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999, s. 74.

⁷ H. SKARŻYŃSKI, M. MUELLER-MALESIŃSKA, W. WOJNAROWSKA: *Klasyfikacje zaburzeń słuchu*. Warszawa, Audiofonologia X 1997, s. 55–56.

⁸ A. MORAWIEC-BAJDA, *Podstawy anatomii i fizjologii zmysłu słuchu i równowagi*. W: *Otolaryngologia. Skrypt dla studentów medycyny i stomatologii*. Red. B. LATKOWSKI. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 1995, s. 7–56.

- selekcja dystynktywnych dźwięków mowy, jako posiadających pewne stałe i charakterystyczne cechy, pozwalająca na odróżnianie ich od innych, brzmiących podobnie;
- dyskryminacja (rozdzielanie) dźwięków mowy – rozróżnianie dwóch dźwięków odmiennych od siebie pod kątem fonologicznym i fonetycznym; funkcja ta, znana jest także jako słuch mowny i obejmuje:
 - słuch fonematyczny (utożsamianie lub odróżnianie dwóch wypowiedzi różnych lub takich samych pod kątem fonologicznym),
 - słuch prozodyczny (różnicowanie elementów prozodii mowy),
 - słuch fonetyczny (umiejętność odróżniania od siebie różnych realizacji głosek w obrębie jednego fonemu),
 - analizę i syntezę głoskowo-sylabową (wyodrębnianie głosek i sylab oraz umiejętność łączenia ich w całość);
- pamięć słuchowa wypowiedzi – przywoływanie w pamięci wyobrażeń dźwięków mowy;
- semantyzacja dźwięków mowy – kojarzenie konkretnego dźwięku mowy z jego znaczeniem;
- kontrola słuchowa wypowiedzi – słuchowa percepcja własnych wypowiedzi i umiejętność ich korygowania;
- lateralizacja słuchowa – dominacja jednego ucha oraz większa aktywność określonej półkuli mózgu⁹.

Rozwój dziecka z wadą słuchu zależy od wielu dodatkowych procesów i czynników: środowiska, w którym żyje, kontaktów z najbliższym otoczeniem, posiadanych kompetencji komunikacyjnych oraz poziomu rozwoju sfery emocjonalnej, społecznej i poznawczej. Bez wątplenia jednak, występowanie wady słuchu jest czynnikiem bardzo mocno zawężającym możliwości eksplorowania i poznawania najbliższego otoczenia. Zawężenie to zdeterminowane jest stopniem niedosłuchu, który wpływa na umiejętności językowe, a w konsekwencji na kompetencje komunikacyjne dziecka. Ubytek słuchu w stopniu lekkim powoduje, że rozwój mowy przebiega relatywnie poprawnie, spontanicznie, mowa zazwyczaj jest prawidłowa, zaś zaburzona artykulacja dotyczy tylko niektórych głosek. Uszkodzenie średnie powoduje, że rozwój mowy nadal przebiega spontanicznie, jednak w wolniejszym tempie. Słownik wzbogaca się o nowe pojęcia z niewielkim opóźnieniem, a percepcja mowy odbywa się przy wsparciu kanału wzrokowego. Poważny niedosłuch implikuje brak reakcji na dźwięki i na mowę dobiegającą z otoczenia, jej odbiór odbywa się wyłącznie przy wspomaganie odczytywaniem z ust. Mowa dziecka nie kształtuje się spontanicznie, naturalnie, może dochodzić do poważnych zaburzeń w nabywaniu pojęć i budowaniu wiedzy o świecie. Bez odpowiedniej pomocy terapeutycznej jest niezrozumiała

⁹ Z. KURKOWSKI: *Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowe*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka...*, s. 55–56.

dla otoczenia. Głęboki ubytek słuchu wiąże się z całkowitym brakiem odbioru sygnałów, nawet o tych dużym natężeniu. Percepcja mowy jest całkowicie niemożliwa, a próby wspomaganie jej odbioru odczytywaniem z ruchów ust nie zawsze kończą się sukcesem. Mowa dziecka nie rozwija się, a jeśli podejmowane są próby jej nadawania, bez fachowej pomocy terapeutycznej jest całkowicie niezrozumiała dla otoczenia ¹⁰.

Wybrane aspekty rozwoju psychospołecznego dziecka z wadą słuchu

W okresie przedszkolnym w życiu dziecka zachodzi wiele zmian rozwojowych o dynamicznym charakterze. Dotyczą one obszaru zarówno społeczno-emocjonalnego, poznawczego, jak i komunikacyjnego. W ich rezultacie dziecko może lepiej rozumieć otaczający je świat, dostrzegać jego złożoną strukturę oraz uczyć się samodzielnego w nim funkcjonowania. Dzięki nabywanym umiejętnościom dziecko uczy się rozumieć, regulować i modyfikować własne zachowanie (samoregulacja emocji, motywacji i działania), a także funkcjonować w świecie społecznym (godzenie własnych pragnień i oczekiwań z szeroko pojętymi normami społecznymi). W tym samym czasie zachodzi zwykle proces emancypacji. Warunkuje go, z jednej strony, wyraźna chęć uspołecznienia się i dostosowania do norm i zasad życia społecznego, z drugiej zaś, dążność do samorealizacji, bycia autonomiczną jednostką. W prawidłowo przebiegającym procesie czynniki te będą się równoważyć – dziecko będzie kształtowało swoją indywidualność, a jego osobowość i cechy charakteru pozostaną w zgodzie z akceptowanymi społecznie standardami.

W wieku przedszkolnym wyraźnie zarysowuje się także inna, fundamentalna cecha, jaką jest inicjatywa. Dziecko staje przed kolejnym zadaniem: w zgodzie ze swoją wolą, swoimi przekonaniem i oczekiwaniami musi podjąć działania zmierzające do osiągnięcia celu (inicjatywa), jednak wszelkie działania powinny być zgodne z zasadami społecznymi. W razie potrzeby musi zatem umieć powstrzymać inicjatywę i zmodyfikować swoje działania tak, aby były społecznie akceptowane. Inicjatywa ta, staje się sprzymierzeńcem w rozwoju dziecka. Uczy się podejmowania decyzji bez poczucia winy i lęku. Problem pojawia się wówczas, gdy dziecko nie odczuwa równowagi pomiędzy inicjatywą a jej hamowaniem. Rezultatem tego może stać się nadmierne poczucie winy, które odbiera dziecku

¹⁰ U. BURYŃ et al.: *Mój uczeń nie słyszy. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej 2011, s. 41–42.

wiarę w to, że jego zamierzenia kiedykolwiek będą miały szansę się zrealizować, i zniechęca do stawiania sobie nowych celów¹¹.

Dziecko w wieku przedszkolnych charakteryzuje bogaty zasób słów. Potrafi ono zauważać i opisywać związki między zdarzeniami czy zjawiskami nie tylko w teraźniejszości, ale także w przeszłości oraz niedalekiej przyszłości. Cechuje je duża ciekawość świata i otaczających go zjawisk. To właśnie w tym okresie formułuje niezliczone pytania „dlaczego?”, „co to jest?” czy „gdzie?”, świadczące o przyczynowym charakterze myślenia. Z czasem myślenie to staje się coraz bardziej abstrakcyjne – dziecko nabywa umiejętność posługiwania się nadrzędnymi pojęciami. Dokonuje się swoiste odejście od myślenia obrazowo-ruchowego na rzecz myślenia słownego i pojęciowego. W sytuacji, gdy dziecko staje przed zadaniem dla siebie zrozumiałym (dostosowanym do jego wiedzy i doświadczenia), bliskim i interesującym, jest zdolne do realizowania prostych form poprawnego, logicznego rozumowania¹².

W przypadku dziecka z wadą słuchu naturalna ciekawość świata zostaje zawężona do tego, co aktualnie znajduje się w zasięgu mechanizmów kompensacyjnych. Funkcjonowanie biopsychospołeczne silnie skorelowane jest ze stopniem uszkodzenia słuchu, przyczyną i miejscem uszkodzenia, czasem jego powstania. Zależy od podjęcia i skuteczności oddziaływań terapeutycznych, adekwatnych do danego typu niedosłuchu. Zaburzenia, zakłócenia czy deficyty mają różny stopień i są zależne od wielu czynników poza biologicznymi i terapeutycznymi, w tym na przykład środowiska rozwoju dziecka, stylów wychowawczych, atmosfery rodzinnej i wielu innych.

Dziecko z wadą słuchu gromadzi spostrzeżenia w procesie rozwoju i zdobywania doświadczeń, jednak ich pozyskiwanie przebiega inaczej niż u słyszących rówieśników. Ponieważ postrzeganie świata opiera się głównie na wrażeniach dotykowych, wzrokowych, węchowych, wibracyjnych i smakowych, kształtujące się w dziecięcym umyśle spostrzeżenia są niepełne, bo w mniejszym bądź większym stopniu ograniczone o bodźce słuchowe. W przypadkach niezdolności pełnego rozwinięcia mowy fonicznej na drodze słuchowej zaburzone zostają procesy analizy i syntezy spostrzeżeniowej, co przekładać się może na osiągnięcia szkolne dziecka z wadą słuchu¹³. U dzieci z ograniczoną percepcją słuchową notuje się trudności w budowaniu pojęć i związane z tym zmiany w sposobie myślenia, dotyczące dwóch umiejętności – uogólniania i abstrahowania. Zdaniem Stachyry, uogólnianie to odnajdywanie wspólnych cech w różnych przedmiotach lub zjawiskach, pozwalające na łączenie ich w pewne kategorie. Abstrahowanie z kolei

¹¹ F.L. ILG, L.B. AMES, S.M. BAKER: *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów i lekarzy*. Przeł. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2007, s. 38–40.

¹² Ibidem, s. 42

¹³ G. DRYŻAŁOWSKA: *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego 2007, s. 42.

wiąże się z procesem odwrotnym – wyizolowaniem przedmiotu lub zjawiska na podstawie określonej cechy czy właściwości¹⁴. Dzieci z wadą słuchu charakteryzuje egocentryzm myślowy, który skłania je do pojmowania rzeczywistości w taki sposób, w jaki dla nich samych jest zrozumiały, oraz sztywność i stereotypowość myślenia, które uwidaczniają się szczególnie w wykonywaniu konkretnych zadań w ten sam, stały i wyuczony sposób, bez umiejętności elastycznego modyfikowania działań¹⁵. Obserwowana jest także skłonność do zapamiętywania detali i szczegółów, jednak bez umiejętności łączenia ich w całość. Ujawnia się to na przykład w przypadku pracy z tekstem. Dzieciom z wadą słuchu brakuje umiejętności odtworzenia tekstu za pomocą własnych słów, przejawiają silną tendencję do wiernego kopiowania i naśladowania gotowych wzorów. Wiele trudności nastroczają im także pojęcia symboliczne, które zwykle są dla nich niezrozumiałe i które traktują dosłownie. Wiąże się to z brakiem doświadczeń językowych i niewielkim zasobem słów. Trudno jest bowiem zapamiętać słowa, których się nie słyszy, a jeszcze trudniej przyporządkować je umownemu symbolowi.

Zaburzenie jednej z funkcji poznawczych prowadzi zatem do zmian w przebiegu całego procesu poznawczego. Nawet jeśli część funkcji uszkodzonego słuchu, na zasadzie zjawiska kompensacji, przejmą pozostałe zmysły, dziecko z niepełnosprawnością słuchową ma mniejsze szanse na osiągnięcie sukcesu szkolnego niż jego pełnosprawni rówieśnicy¹⁶. Również sfera emocjonalna i społeczna dziecka niesłyszącego lub niedosłyszącego jest w pewnym stopniu naznaczona przez występującą wadę. U podstaw rozwoju, jak wspomniano, leżą umiejętności komunikowania się. Pierwszym środowiskiem każdego człowieka jest rodzina, zaś głównym źródłem doświadczeń językowych jest kontakt z matką. Pierwsze, werbalne komunikaty, które kierowane są do dziecka przez członków najbliższej rodziny, są nacechowane emocjonalnie. Dziecko uczy się wówczas, czym jest aproba, radość, niechęć czy gniew. W przypadku dzieci z wadą słuchu często jednak komunikacja w tym środowisku ulega zaburzeniu. Dziecko, które nie nauczyło się odczytywać emocji prawidłowo, nie będzie też potrafiło ich właściwie manifestować. Wyrażanie najprostszych emocji, jak strach, złość, gniew czy zdenerwowanie, odbywa się zatem w prosty i impulsywny sposób. Dziecko nieakceptowane przez rodziców nigdy nie zaakceptuje w pełni samego siebie. Dodatkowo „napiętnowanie” w postaci noszenia widocznych aparatów słuchowych lub implantów będzie potęgować poczucie wyalienowania i „inności”. Dlatego szczególnie ważna jest prawidłowa relacja dziecka z rodzicami, a szczególnie z matką, z którą nawiązuje ono specjalną więź i dzięki której doświadcza poczucia bezwarunkowej akceptacji. Zależności te przekładają się

¹⁴ J. STACHYRA: *Zdolności poznawcze i możliwości umysłowe uczniów z uszkodzonym słuchem*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 46.

¹⁵ I. KAISER-GRODECKA: *Charakterystyka wybranych procesów poznawczych u dzieci głuchych*. W: *Psychologia dziecka głuchego*. Red. T. GAŁKOWSKI, I. KAISER-GRODECKA, J. SMOLEŃSKA. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1988, s. 118–119.

¹⁶ J. SMOLEŃSKA: *Niedosłyszący*. W: *Psychologia dziecka głuchego...*, s. 257.

także na środowisko rówieśnicze. Zaburzony kontakt słowny, niemożność okazania przez dziecko towarzyszących mu stanów emocjonalnych i chęć „rozładowania” ich mogą być postrzegane jako cechy negatywne i zostać źle zrozumiane przez otoczenie. Dodatkowo słaby stopień porozumiewania się rówieśnikami wpływa na rozwój emocjonalny, a co za tym idzie, na rozwój społeczny dziecka¹⁷.

Studium przypadku

Metodologia badań własnych

Niniejsze studium przypadku poświęcone jest chłopcu w wieku 6 lat i 6 miesięcy, który cierpi na nawracający niedosłuch przewodzeniowy, fluktuacyjny, od lekkiego do umiarkowanego. Celem badawczym było określenie wpływu występowania niewielkiego uszkodzenia słuchu i późnego podjęcia oddziaływań terapeutycznych na funkcjonowanie 6-letniego chłopca w sferze komunikacyjnej i w kontekście wybranych zmiennych osobowościowych (motywacja do pracy, otwartość na doświadczenia, funkcjonowanie społeczne, poziom lęku). Podstawę badania stanowiły: wywiad z matką chłopca (36 lat), analiza wyników badań słuchu dziecka, diagnoza logopedyczna (ocena stanu artykulatorów, artykulacji głosek, ocena jakościowa mowy czynnej, rozumienia mowy, stosowania komunikacji), badania psychologiczne dotyczące funkcjonowania dziecka w wyżej wskazanych aspektach. W diagnozie wykorzystano następujące narzędzia: kwestionariusz wywiadu częściowo skategoryzowanego (narzędzie własne); kartę badań logopedycznych (narzędzie własne); Arkusz Zachowania się Ucznia opracowany przez Barbarę Markowską (normy z 1972 roku); Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAIC „Jak się czujesz?” Charlesa D. Spielberga, C. Drew Edwardsa, Roberta E. Lushene’a, Josepha Montuoriego, Denny Platzek, w polskiej adaptacji Charlesa D. Spielberga, Tytusa Sosnowskiego, Danuty Iwaniszczuk (normy z 2005 roku); Zdania Niedokończone, autorstwa Janusza Kostrzewskiego. Badanie przeprowadzono w Krakowie, w marcu 2018 roku.

Sytuacja rodzinna i środowiskowa dziecka

Rodzina mieszka w niedalekiej odległości od Krakowa, małym mieście o rozwiniętej infrastrukturze, z dostępem do szkół, poradni, placówek opiekuńczo-

¹⁷ G. DRYŻAŁOWSKA: *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego 2007, s. 50.

-wychowawczych, ośrodków zdrowia, w bloku wielorodzinnym. Mieszkanie ma 2 pokoje, w tym jeden z aneksem kuchennym, pełniący funkcję sypialni i salonu, gdzie rodzice pracują, odpoczywają, dzieci odrabiają lekcje, tutaj też prowadzona jest terapia. Drugi pokój, o niewielkim metrażu, pozostaje do wyłącznej dyspozycji Jasia. Znajduje się tu łóżko, regał z książkami i zabawkami, mały stolik.

Ojciec pracuje zawodowo w prywatnej firmie, matka, nauczycielka języka angielskiego, tymczasowo przebywa na dłuższym zwolnieniu lekarskim z powodu złego stanu zdrowia. Sytuacja finansowa rodziny jest na poziomie umiarkowanym, choć ze względu na niedyspozycję mamy okresowo wiąże się z niższymi dochodami. Rodzice bardzo troszczą o dzieci (Jaś ma młodszego, niespełna 2-letniego brata). Chcą chłopcom zapewnić najlepszą jakość życia, choć zdają sobie sprawę z tego, że nie zawsze mogą sobie pozwolić na zaspokojenie wszystkich pragnień dzieci.

Małżeństwo wychowuje dzieci wspólnie, dzielą pomiędzy sobą codzienne obowiązki i wspierają się wzajemnie. W terapii Jasia zaznacza się większy udział mamy. W wychowaniu dzieci i opiece pomagają dziadkowie. Dowożą oni Jasia na zajęcia z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju. Pomagają w gotowaniu, sprzątanii i prowadzeniu domu.

Czas wolny rodzina zawsze spędza razem. Czytają książki, układają puzzle, organizują wycieczki piesze i rowerowe. Uwielbiają gotować, co jest dla nich źródłem relaksu i sposobem na oderwanie się od codziennych trosk.

Jaś uczęszcza do przedszkola integracyjnego. Zwykły dzień rozpoczyna się od pobudki około godziny 6.45 i poranne czynności (toaleta, posiłek, ubieranie się). Jaś wychodzi do przedszkola najczęściej z tatą, około godziny 7.30. W placówce przebywa zazwyczaj 6–7 godzin. O godzinie 15.00 wraca do domu, zjada posiłek i przystępuje do zajęć logopedycznych i rewalidacyjnych. Po module terapeutycznym następuje przerwa na drugi posiłek i do godziny 19.00 ma czas wolny, który poświęca na gry, zabawy. Po wieczornej toalecie, dziecko wspólnie z domownikami zjada kolację, czyta bajkę, odmawia modlitwę i układa się do snu.

Charakterystyka dziecka

Jaś jest dzieckiem z obustronnym niedosłuchem przewodzeniowym, fluktuacyjnym, ze zdiagnozowaną dyslalią i opóźnionym rozwojem mowy. Przebieg ciąży – zgodnie z relacją matki – był nieprawidłowy, orzeczono zagrożenie poronieniem, matka znajdowała się pod stałą specjalistyczną opieką medyczną, kilkakrotnie przebywała na oddziale patologii ciąży spowodowały. Stan psychiczny matki w tym okresie był określony przez ciągły stres i lęk przed utratą dziecka, nie pozwalało to na przeżywanie czasu oczekiwania na urodziny syna w atmosferze spokoju. Dziecko urodziło się siłami natury, o czasie. Od pierwszych dni rozwój jego był bacznie śledzony przez rodziców, z obawy o wystąpienie niepra-

widłowości. Kiedy Jaś miał około 2 lat, matkę zaniepokoił zaobserwowany u niego słaby rozwój mowy:

Okolo drugiego roku zaczęłam martwić się, że Jaś nie mówi (powtarzał tylko „mama”, „tata”), a nie oglądaliśmy bajek w TV, tylko czytaliśmy, Jaś miał cały czas kontakt z dorosłymi i dziećmi, nie używał smoczka, od ósmego miesiąca życia jadł ładnie, stałe pokarmy, pił z kubeczka i z rurki (więc wiedziałam, że aparat mowy powinien być dobrze rozwinięty).

Dziecko kilkakrotnie konsultowano logopedycznie, diagnoza nie została postawiona. Działania rehabilitacyjne odraczane były przez specjalistów, którzy nie potrafili wykryć przyczyn opóźnionego rozwoju mowy. Matka, pytając o przyczynę, otrzymywała informacje zwrotne: „jeszcze ma czas”, „chłopcy mówią później”, „na pewno to moja wina, ponieważ puszczam mu piosenki po angielsku”.

Dziecko po dłuższym czasie (w około 3. roku życia) zostało skonsultowane z surdologopedą, nauczycielem akademickim, który zasugerował jako pierwszy, że przyczyną późnego i powolnego rozwoju mowy może być niedosłuch. Wstępne badanie diagnostyczne potwierdziły przypuszczenia, dziecko trafiło pod opiekę Specjalistycznej Poradni Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Krakowie, gdzie do dziś objęte jest leczeniem i terapią.

Lekarz specjalista otolaryngologii dziecięcej po wykonaniu badań słuchu oraz badaniu fizykalnym stwierdził niedosłuch fluktuacyjny, którego przyczyną był przewlekły stan zapalny śluzówki nosogardła. Podjęto leczenie farmakologiczne mające na celu zmniejszenie/usunięcie odczynu zapalnego, obkurczenie śluzówki dla udroźnienia niewydolnej trąbki słuchowej. Zalecono usunięcie trzeciego migdałka. W 2015 roku dziecko zostało poddane zabiegowi adenotomii w jednym ze specjalistycznych szpitali klinicznych. Nie stwierdzono żadnych istotnych różnic w poprawie słyszenia dziecka. Kilka miesięcy później Jaś został objęty opieką w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, z usług którego, ze względu na odległe terminy wizyt oraz brak lekarza prowadzącego, rodzice zrezygnowali. Dziecko zostało skonsultowane w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach, gdzie stwierdzono odrost trzeciego migdałka i zalecono ponowną adenotomię. W lutym 2016 roku Jaś został skierowany na rehabilitację w Bocheńskiej Kopalni Soli. Do listopada uczestniczył w subterraneoterapii. Pod koniec 2016 roku do problemów dołączyło atopowe zapalenie skóry na tle alergii pokarmowej. Zdiagnozowano u Jasia nietolerancję białka (tzw. skazę białkową). Kolejno pojawiło się przewlekłe zapalenie zatok przynosowych. Podjęto próby zastosowania inhalacji solankowych w Kopalni Soli w Wieliczce oraz leczenie inhalatorem pulsacyjno-wibracyjnym typu AMSA z wykorzystaniem leków sterydowych. W wyniku oddziaływań farmakologicznych oraz miesięcznego wyjazdu pozwalającego na zmianę klimatu (klimat wyspowy, morski) stan dziecka nieznacznie się poprawił. W maju 2017 roku Jaś został poddany kolejnemu wycię-

ciu migdałków, wykonano paracentezę błon bębenkowych oraz założono dreny (tyimpanostomia). Obecnie zauważa się poprawę stanu zdrowia dziecka, progi słuchowe uległy obniżeniu, ucho środkowe jest stale wentylowane, co zapobiega nawracaniu stanów zapalnych.

Od 3. roku życia Jaś pozostaje pod opieką logopedyczną, finansowaną przez rodziców. Zajęcia odbywa raz w tygodniu. Ponadto terapii poddawany jest w przedszkolu (0,5 godz./tydzień). Od początku 2017 roku pozostaje pod opieką zespołu wczesnego wspomagania rozwoju (1,5 godz./tydzień). Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i opinię o potrzebie specjalistycznej pomocy z zakresu wsparcia rozwoju. Rodzice zaangażowani są w prowadzeniu rehabilitacji także w domu. Podejmują codzienne godzinne ćwiczenia wspierające rozwój mowy dziecka.

Jaś to bardzo radosny chłopczyk. Matka podkreśla też jego indywidualizm. Jak ocenia, jest dzieckiem inteligentnym, bystrym, ale leniwym i bardzo emocjonalnym. W grupie funkcjonuje dobrze, aczkolwiek przejawia problemy we wchodzeniu w relacje. Kiedy uda mu się nawiązać kontakt, potrafi go podtrzymywać. Obecnie jest przez dzieci w przedszkolu akceptowany, choć nastąpiło to dopiero po długim czasie (około 2 lat). To chłopiec otwarty, przyjacielsko nastawiony do dzieci, współpracujący, choć czasem potrafi narzucić swoje zdanie. Ma swoich ulubionych kolegów, z którymi spędza czas na wspólnej zabawie. Bardzo kocha i troszczy się o młodszego brata, czasem jest o niego zazdrosny, zdarza się również, że się na niego złości. Rodzice kształtują w Jasiu kontrolę emocji, dziecko potrafi szczerze sygnalizować i opowiadać o uczuciach. Wychowywany jest w duchu poszanowania innych ludzi i wspierania słabszych. Pasją dziecka jest historia, a ulubioną zabawą układanie klocków Lego.

W kontekście edukacyjnym i terapeutycznym Jaś manifestuje liczne problemy. Przejawia niechęć do przedszkola, nerwowe reakcje i upór, szybki spadek koncentracji uwagi, męczliwość. Pojawia się często złość, bierność, wycofanie. Zachowania dziecka jest silnie uzależnione od tego, z kim pracuje. Matka twierdzi, że najskuteczniejsza terapia to ta domowa, gdyż sama kontroluje jej przebieg, nie dopuszcza do nieukończenia danego zadania. Problemy dziecka nasiliły się po zmianie wychowawczyni w przedszkolu. Z osobą pełniącą tę funkcję obecnie Jaś nie podejmuje współpracy. Najchętniej pracuje z prywatnym logopedą i z surdopedagogiem.

Jaś będzie kontynuować edukację w masowej szkole. Matka jednak ma obawy, czy dziecko poradzi sobie ze stawianymi wymaganiami, ze względu na bardzo słaby rozwój mowy czynnej oraz podejrzenie dysleksji.

Mocne strony Jasia to empatia i inteligencja, słabe to ataki złości, lenistwo, słaba koncentracja.

Diagnoza audiologiczna

Jaś, 6 lat i 6 miesięcy, poddany diagnozie, od 3. roku życia pozostaje pod opieką lekarzy otolaryngologów. Na przestrzeni lat uzyskano materiał badawczy ukazujący nieprawidłowości w funkcjonowaniu narządu słuchu wynikające z nawracających stanów zapalnych ucha środkowego jako konsekwencji przerostu śluzówki nosogardła, przy niedrożności trąbki słuchowej, o niustalonej etiologii.

Do diagnozy poziomu niedosłuchu dziecka wykorzystano dane z badania fizykalnego oraz wyniki badań słuchu (audiometria tonalna, tympanometria, otoemisja akustyczna, potencjały wywołane z pnia mózgu).

Na podstawie zebranych danych stwierdza się niedosłuch fluktuacyjny, symetryczny, obustronny, lekki do umiarkowanego, o typie przewodzeniowym. Przebieg krzywych audiometrycznych płaski. Okresowo niedosłuch pogłębia się w przypadku obu uszu w zakresie tonów wysokich (próg około 40 dB), z zachowaniem pogranicza normy dla tonów niskich i średnich (próg około 25 dB).

Dziecko w obecnym stanie nie kwalifikuje się do zaopatrzenia w protezy słuchowe, ze względu na założone dreny oraz wykonane zabiegi mające na celu udrożnienie i osuszenie ucha środkowego. Przy zastosowanych rozwiązaniach klinicznych obserwuje się dobre rezultaty i powrót słyszenia do normy.

Diagnoza logopedyczna

Opóźniony rozwój mowy czynnej, na tle okresowego podwyższenia się progu odbioru dźwięków i utrudnień kontroli odsłuchu. Odbiór dźwięków kompenzowany wzrokowym kanałem percepcyjnym. Diagnoza dyslalii wynikającej z nieprawidłowości w budowie aparatu artykulacyjnego (zgrzyz otwarty, pozostałe artykulatory bez zmian patologicznych). Zdiagnozowany sygmatyzm właściwy. Deformacje wynikają ze zmiany miejsca artykulacji głosek. Większość dźwięków realizowana jest międzyzębowo, nieprawidłowa wymowa dotyczy zaburzeń dwóch szeregów głosek – dziecko przejawia tendencję do międzyzębowej realizacji głosek szeregu syczącego i szumiącego.

Chłopiec realizuje głoski zwartoszczelinowe (*c*, *dz*) w postaci substytucji głoską zwartowybuchową *t* (parasygmatyzm). Dziecko wykazuje dobrą pionizację języka, potrafi prawidłowo realizować głoski szeregu syczącego w izolacji, zaczyna prawidłowo realizować w ciągach zautomatyzowanych inne głoski syczące i zwartoszczelinowe. W ostatnim czasie została wywołana głoska *cz* i obecnie jest ona utrwalana w wyrazach i zdaniach. W mowie spontanicznej prawidłowe realizacje ćwiczonych głosek zdarzają się bardzo sporadycznie.

Jaś cały czas wykazuje skłonność do pozostawiania w pół otwartej pozycji artykulatorów (żuchwa – szczęka górna), co przyczynia się do nieprawidłowej

pozycji spoczynkowej języka na dnie jamy ustnej. Zachowane są rytm, melodia, akcent, ale mowa jest zatarta, mało zrozumiała lub okresowo zupełnie niezrozumiała.

Jaś nie wykazuje nieprawidłowości w rozumieniu mowy. Swoje myśli wyraża poprawnie, zasób słownictwa ma adekwatny do wieku i także adekwatnie stosuje słownictwo do sytuacji. Problemy logopedyczne nasilają się w przypadku nawrotów stanu zapalnego ucha środkowego. Obejmują nieprawidłowości odsłuchowe i kontroli słuchowej oraz pracy artykulatorów. Dodatkowo przerost śluzówki nosogardła powoduje okresowo nosowanie zamknięte oraz nieprawidłowości w ułożeniu języka.

Diagnoza wybranych aspektów osobowości dziecka

Arkusz Zachowania się Ucznia, autorstwa Barbary Markowskiej

Jaś, 6 lat i 6 miesięcy dnia 23 marca 2018 roku został poddany ocenie za pomocą Arkusza Zachowania się Ucznia, opracowanego przez Barbarę Markowską, w celu ukazania zachowania dziecka, poziomu jego społecznienia, motywacji do nauki oraz reakcji lękowych. Ocenę przeprowadziła matka Jasia.

Diagnoza formalna

TABELA 1. Zestawienie wyników surowych oraz przeliczonych dla badania kwestionariuszem Arkusz Zachowania się Ucznia, autorstwa Barbary Markowskiej

Czynnik	▪ Wynik surowy ▪ 85% przedział ufności	▪ Centyl ▪ 85% przedział ufności	▪ Tetron ▪ 85% przedział ufności	Wynik – opis jakościowy
I. Motywacja do nauki	42 38 ÷ 46	52 40 ÷ 64	10 9 ÷ 11	przeciętny
II. Zachowanie antyspołeczne	37 33 ÷ 41	88 78 ÷ 95	15 13 ÷ 16	wysoki
III. Przyhamownie	43 39 ÷ 47	95 86 ÷ 99	16 14 ÷ 19	wysoki
IV. Uspołecznienie	52 48 ÷ 56	90 75 ÷ 98	15 13 ÷ 18	wysoki
V. Zainteresowanie seksualne	4 3 ÷ 5	58 31 ÷ 76	11 8 ÷ 13	przeciętny

Profil w tetronach																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
I																					
II																					
III																					
IV																					
V																					

RYCINA 1. Profil tetronowy dla wyników uzyskanych Arkuszem Zachowani Ucznia

Oznaczenia: I – motywacja do nauki; II – zachowanie antyspołeczne; III – przyhamowanie; IV – uspołecznienie; V – zainteresowanie seksualne.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

TABELA 2. Zestawienie różnic minimalnych dla badania Arkuszem Zachowania się Ucznia, autorstwa Barbary Markowskiej

Czynnik	Zachowanie antyspołeczne	Przyhamownie	Uspołecznienie
Motywacja do nauki	5*	6*	1
Zachowanie antyspołeczne	–	1	4*
Przyhamowanie	1	–	5*
Uspołecznienie	4*	5*	–

* Stwierdzona istotność różnic.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Dokonując analizy wyników, należy zauważyć, że skale I. Motywacja do nauki, V. Zainteresowanie seksualne lokują się na poziomie przeciętnym, natomiast skale II. Zachowanie antyspołeczne, III. Przyhamowanie i IV. Uspołecznienie – na poziomie wysokim, przy czym czynniki II. Zachowanie antyspołeczne i III. Przyhamowanie są bliskie poziomowi bardzo wysokiemu.

Szczegółowo analizując wyniki, notuje się, że badany uzyskał w skali II. Zachowanie antyspołeczne wynik wysoki (15 TET), przy czym wynik prawdziwy obejmuje przedział (13 ÷ 15 TET) – w odniesieniu do norm w całości mieszczący się w przedziale wyników wysokich (13 ÷ 16 TET). Wynik wysoki badany uzyskał także w przypadku skali III. Przyhamowanie (16 TET) – wynik prawdziwy obejmuje przedział (14 ÷ 19 TET), który w odniesieniu do norm mieści się w przedziale wyników wysokich (13 ÷ 16 TET) i bardzo wysokich (17 ÷ 20 TET). Wynik wysoki notuje się również w skali IV – Uspołecznienie (15 TET), przy czym wynik praw-

dziwy obejmuje przedział (13 ÷ 18 TET), który w odniesieniu do norm mieści się w przedziale wyników wysokich (13 ÷ 16 TET) i bardzo wysokich (17 ÷ 20 TET).

W analizie statystycznej istotnych różnic między skalami zauważa się dominację przyhamowania oraz zachowania antyspołecznego nad motywacją do nauki i uspołecznieniem.

Charakteryzując badaną osobę, należy stwierdzić, że Jaś to chłopiec otwarty na relacje z innymi osobami, pozostającym z nim w kontaktach towarzyskich. Na tej płaszczyźnie jest szczery, śmiały, życzliwy i akceptujący. Przejawia jednak negatywną postawę w kontaktach z nauczycielami, wychowawcami, terapeutami. To negatywne nastawienie nie manifestuje się agresją, lecz biernością, wycofaniem, „ucieczką”, oporem wobec wymagań placówek edukacyjnych czy terapeutycznych. Jaś może przejawiać słabą motywację do nauki, a w rezultacie czynić słabe postępy w nabywaniu wiedzy, sprawności, umiejętności. Ponadto dziecko wykazuje tendencje do reakcji lękowych i obniżonego samopoczucia.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAIC „Jak się czujesz?”

28 marca 2018 roku Jaś został przebadany za pomocą kwestionariusza Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAIC, pozwalającego na ustalenie poziomu lęku rozumianego jako cecha i stan. Dziecko bardzo chętnie brało udział w badaniu, sprawnie i szybko odpowiadał na pytania. Było spokojne, zrelaksowane. Mama znajdowała się w zasięgu wzroku chłopca, nie ingerowała w przebieg badania.

Diagnoza formalna

TABELA 3. Zestawienie wyników badań Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAIC

Skala	WS	WS – 85% przedział ufności	Centyl	Centyl – 85% przedział ufności	Sten	Sten – 85% przedział ufności
C1	33	29 ÷ 37	80	80 ÷ 88	7	6 ÷ 8
C2	44	41 ÷ 47	95	92 ÷ 98	9	8 ÷ 10

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Wynik surowy uzyskane w skali C1 (lęk jako stan) wyniósł 33 (przy uwzględnieniu 85% przedziału ufności wyniki mieszczą się w przedziale 29 ÷ 37), co daje 65 centyl i oznacza, iż 65% badanych z grupy standaryzacyjnej otrzymało taki sam lub niższy wynik, a 35% wyższy. W przeliczeniu na normy stenowe Jaś osiągnął 7 sten, co stanowi wynik wysoki. W skali C2 (lęk jako cecha) uzyskany wynik surowy wyniósł 44 (przy uwzględnieniu 85% przedziału ufności wyniki mieszczą się w przedziale 41 ÷ 47), co daje 95 centyl i oznacza, że 95% badanych z grupy standaryzacyjnej otrzymało taki sam lub niższy wynik, a 8% – wyższy. W przeliczeniu na normy stenowe Jaś osiągnął 9 sten, co stanowi wynik wysoki.

Dokonując interpretacji wyników, można stwierdzić, że Jaś, to dziecko o podwyższonym poziomie lęku, doświadczające obaw, napięcia czy niepokoju. Badany ma także poczucie zagrożenia (Skala C1 – 7 sten, wynik podwyższony). Jaś nie reaguje adekwatnie do sytuacji, przejawia nieproporcjonalny lęk w stosunku do obiektywnie ocenianych jako niezagrażające sytuacji, postrzega/odczuwa rzeczywistość jako zagrażającą, niebezpieczną (C2 – 9 sten, wynik wysoki).

Zdania Niedokończone autorstwa Janusza Kostrzewskiego

28 marca 2018 roku Jaś uczestniczył w badaniu uzupełniającym metodą projekcyjną, z wykorzystaniem narzędzia Zdania Niedokończone. Dziecko chętnie współpracowało, sprawnie analizowało treści, tworzyło adekwatne wypowiedzi dotyczące zdań, które miało dokończyć.

W analizie treści wyłoniono 5 wątków mających istotne znaczenie dla funkcjonowania dziecka (relacje rodzinne, przyszłość oraz archetyp prezydenta, relacje społeczne, terapia, lęki).

W relacjach rodzinnych zauważa się szczerść, miłość, wspólnotę. Relacje są oparte o szacunek, zrozumienie. Dziecko w domu znajduje wsparcie, otuchę, bezpieczeństwo. Najsilniej związane jest z matką. Matka postrzegana jest jako osoba zaufana, ciepła, kochająca, życzliwa, pomocna. Dziecko czuje w niej wsparcie, ochronę, ostoję. Ojciec jest również ważny w życiu chłopca. Więzy emocjonalne są silne, chłopiec postrzega go jako odpowiedzialnego za dobrobyt rodziny. Boi się rozłąki, opuszczenia rodziny przez ojca z powodu konieczności podjęcia pracy poza granicami kraju.

W dziecięcych marzeniach-fantazjach pojawia się archetyp prezydenta. W powiązaniu z sytuacją materialno-bytową rodziny, można to uznać za podświadome wyrażanie dążenia do dostatniejszego życia, wyzbycia się problemów, posiadania nieograniczonych możliwości w realizowaniu życiowych zamierzeń, natomiast w odniesieniu do tendencji osobowościowych (egocentryzm, chęć być zauważanym, indywidualizm) – dążenia do władzy, autorytetu, osiągnięć, poklasku, uznania społecznego.

Troska o brata, ze szczególnym zwróceniem uwagi na jego mowę, obawy przed nieprawidłowym rozwojem to wyraz refleksyjności i świadomości dziecka własnych problemów. Poczucie braku zrozumienia, trudności w wyrażaniu myśli, uczuć, współuczestnictwa w życiu społecznym łączą się z negatywnym wpływem niedostatków systemu edukacyjnego przedszkola oraz uciążliwości codziennej terapii prowadzonej w domu (treningi logopedyczne, rehabilitacja, ograniczenia dla dobra rozwoju mowy dziecka, na przykład dotyczące oglądania telewizji). Wątek przedszkolny ma dwa oblicza. Na pierwsze składają trudne relacje z opiekunami grupy, postawa rygorystycznej i karcącej wychowawczynie, wstyd dziecka i lęk przed karą, na drugie – relacje rówieśnicze i bezradność Jasia w kontaktach z prowokującym kolegą.

Jaś jest dzieckiem lęklwym. Boi się porażki, oceny, kary. Wyrażany przez chłopca lęk przed spadającym sufitem można zinterpretować jako wyraz niemożności poradzenia sobie z sytuacjami obciążającymi, wywołującymi poczucie przytłoczenia oraz lęku przed ciemnością, jako odejściem, osamotnieniem, pustką. Warto zaznaczyć, że ocena rzeczywistości przez chłopca nie zawsze jest adekwatna.

Analiza i interpretacja danych

Jaś to inteligentny chłopiec, którego rozwój psychofizyczny warunkowało późne postawienie diagnozy niedosłuchu i podjęcie oddziaływań terapeutycznych, pomimo wczesnego wykrycia nieprawidłowości przez matkę. W czasie krytycznym dla prawidłowego rozwoju mowy, jej substancji suprasegmentalnej i segmentalnej, żaden lekarz, w tym żaden logopeda, nie zwrócił uwagi na stan narządu słuchu, pomimo objawów nawracających infekcji nosogardła i licznych konsultacji z inicjatywy rodziców.

W wyniku zaniedbań diagnostycznych, pomimo stosunkowo niewielkiego poziomu niedosłuchu przewodzeniowego, u chłopca doszło do zaburzeń rozwojowych w postaci opóźnionego rozwoju mowy i utrwalenia nieprawidłowych wzorców artykulacyjnych. Dzięki podjętej intensywnej terapii chirurgicznej, farmakologicznej, laryngologicznej i logopedycznej po kilku latach stan słuchu uległ poprawie, jednak Jaś, mimo że obecnie rozumie mowę i poprawnie jej używa, generuje sygnały mocno zaburzone jakościowo, słabo czytelne dla odbiorcy. Utrudnia to i zakłóca nawiązywanie kontaktów społecznych (szczególnie że chłopiec jest w wieku intensywnego powstawania i kształtowania się tychże kompetencji rozwojowych), przy czym chłopca cechuje jednocześnie uspołecznienie, otwartość i chęć bycia częścią grupy. Konsekwencją są utrudnienia w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu, rodzące się frustracje i konflikty dotyczące kontaktów społecznych. Środowisko i tryb życia dziecka, duże obciążenie obowiązkami, nadmiernymi wymaganiami i rygiorem terapeutycznym przyczyniają się do powstawania kolejnych problemów rozwojowych. Dziecko coraz gorzej radzi sobie z obciążeniem, krytyką, porażką. Jednocześnie jego inteligencja, ambicje, marzenia powodują, że czuje ograniczenia, z którymi nie umie sobie poradzić, pojawiają się lęki, napięcia i niepokoje. Opoką Jasia jest matka, jednak relacja z nią zaczyna przybierać formę uzależnienia. Dziecko bez mamy przejawia bezradność, bierność, a zarazem opór i upór. Nauczycieli i terapeutów naprzemiennie porównuje z matką, z jednej strony chce, by byli dla niego opiekuńczy, akceptujący, odrzucając ich dyrektywność, z drugiej sprzeciwia się prowadzonym oddziaływaniami (wycofuje i manifestuje bierność). Terapia nie przynosi efektów, gdyż dziecko jest jedynie biernym odbiorcą oddziaływań terapeutycznych.

Zakończenie

W dobie XXI wieku – mogło by się wydawać – sytuacja opisana w artykule nie powinna nigdy wystąpić. Niekompetencja, niewiedza, być może niechlujstwo, arogancja, brak krytycyzmu czy rutyna lekarzy i terapeutów miały ogromne konsekwencje dla funkcjonowania dziecka i jego rodziny. Niewielkiego stopnia niedosłuch prawidłowo zdiagnozowany i leczony, przy krzywych progowych 30–40 dB, nie powinien w rzeczywistości pozostawić żadnych trwałych śladów w rozwoju dziecka. Wskutek wspomnianych zaniedbań dziecko zostało jednak narażone na stres, ból fizyczny i ogromne obciążenie emocjonalne. Sytuacja rodziny i cały jej sposób funkcjonowania podporządkowany został terapii, dla dobra rozwoju dziecka.

Przedstawiony przykład pokazuje, jak bardzo istotnym jest prawidłowe leczenie nawet lekkich, przewodzeniowych problemów słuchowych i jak poważne i wielopłaszczyznowe zaburzenia może spowodować pozornie niewielka wada. Wczesne wykrycie niedosłuchu to bowiem pierwszy krok do sukcesu. Ciężar diagnozy spoczywa na terapeutach i lekarzach, a często obserwuje się, ten element systemu zawodzi. Na tym aspekcie należy skupić końcowe rozważania. Przez pierwsze 3 lata życia dziecka, żaden ze specjalistów udzielających konsultacji nawet nie podejrzewa uszkodzenia słuchu (w przypadku Jasia fluktuacyjnego, przewodzeniowego), podczas gdy rodzice zgłaszają nawracające stany kataralne, zapalne, nieprawidłowości w rozwoju mowy i słabe reakcje na sygnały otoczenia, jakże symptomatyczne w takich przypadkach. Do 3. roku życia nie zostaje też postawiona diagnoza audiologiczna ani logopedyczna. Jaś rozpoczyna terapię w wieku 3,5 roku, z opóźnionym rozwojem mowy i utrwalonymi już błędami artykulacyjnymi. Do dzisiejszego dnia problemy pogłębiają się, gdyż codzienność stawia przed Jasiem coraz nowsze wyzwania komunikacyjne. Zaburzone zostaje funkcjonowanie systemu rodzinnego pod względem materialnym i podziału obowiązków. Dziecko zaczyna świadomie odmawiać współpracy, będąc nadmiernie obciążone, a jednocześnie, jako zdolne i inteligentne chciałoby – tak jak jego rówieśnicy – „normalnie” funkcjonować. Bunt przeciwko instytucjom, terapeutom i pojawiające się u chłopca lęki to kolejne wyzwania terapeutyczne, z którym będzie musiała zmierzyć się rodzina Jasia.

Bibliografia

- ABRAHAMS P.: *Fizjologia. Wszystko, co trzeba wiedzieć o działaniu organizmu człowieka*. Przeł. P. KOSTRZEWSKI. Warszawa 2010.
- BURYN U. et al.: *Mój uczeń nie słyszy. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej 2011.
- DRYŻAŁOWSKA G.: *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego 2007.
- ILG F.L., AMES L.B., BAKER S.M.: *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów i lekarzy*. Przeł. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2007.
- KAISER- GRODECKA I.: *Charakterystyka wybranych procesów poznawczych u dzieci głuchych*. W: *Psychologia dziecka głuchego*. Red. T. GAŁKOWSKI, I. KAISER-GRODECKA, J. SMOLEŃSKA. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1988, s. 118–119.
- KRAKOWIAK K.: *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*. Lublin, Wydaw. Marii Curie-Skłodowskiej 2006.
- KUCZKOWSKI J.: *Physiology and Pathology of Hearing*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Red. E. MUZYKA-FURTAK. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 26–27.
- KUŁAKOWSKA Z.: *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin, Folium 2003.
- KURKOWSKI Z.: *Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Red. E. MUZYKA-FURTAK. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 55–56.
- MORAWIEC-BAJDA A.: *Podstawy anatomii i fizjologii zmysłu słuchu i równowagi*. W: *Otolaryngologia. Skrypt dla studentów medycyny i stomatologii*. Red. B. LATKOWSKI. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 1995, s. 7–56.
- NARKIEWICZ O.: *Narząd przedślonkowo-ślimakowy*. W: *Anatomia człowieka*. J. SOKOŁOWSKA-PITUCHOWA. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2000, s. 851–866.
- OBREBOWSKI A.: *Podstawowe wiadomości z filo- i ontogenezy oraz anatomii narządu słuchu*. W: *Zarys audiologii klinicznej*. Red. A. PRUSZEWICZ. Poznań, Wydaw. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego 2000, s. 39–60.
- PERIER O.: *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*. Przeł. T. GAŁKOWSKI. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1992.
- SKARŻYŃSKI H., MUELLER-MALESIŃSKA M., WOJNAROWSKA W.: *Klasyfikacje zaburzeń słuchu*. Warszawa, Audiofonologia X 1997, s. 55–56.
- SMOLEŃSKA J.: *Niedosłyszający*. W: *Psychologia dziecka głuchego*. Red. T. GAŁKOWSKI, I. KAISER-GRODECKA, J. SMOLEŃSKA. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1988, s. 257.
- STACHYRA J.: *Zdolności poznawcze i możliwości umysłowe uczniów z uszkodzonym słuchem*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001.
- SZCZEPANKOWSKI B.: *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne 1999.