

Justyna Kotowicz

UNIwersytet PEDAGOGICZNY IM. KEN W KRAKOWIE

GŁUCHE DZIECKO Z IMPLANTEM ŚLIMAKOWYM. PROPOZYCJA DWUJĘZYCZNOŚCI MIGOWO-FONICZNEJ W ŚRODOWISKU RODZINNYM I SZKOLNYM

DEAF CHILD WITH COCHLEAR IMPLANT. PROPOSITION OF SIGN-SPEECH BILINGUALISM IN FAMILIAL MILIEU AND EDUCATIONAL SETTING

Abstract

The medical and technological development has contributed to increasing number of deaf children's cochlear implant surgeries. The cochlear implant can not be perceived as a cure for deafness, because this electronic device does not assure that the deaf people have access to the same level of sound based information as the hearing people do. Therefore, the deaf children with cochlear implant can be considered as a distinct group from their hearing peers and from the deaf children without cochlear implant. In this article we analyze how the deaf children with cochlear implants specifically function in educational setting and in the familial milieu, seen as the social environment engaged in the children's development. One of the propositions of the development for the deaf children with cochlear implant is the sign-speech bilingualism that includes the sign language as a natural language used in the deaf community and the spoken language as a mode of communication of the hearing majority of the society.

Key words: Deaf child, cochlear implant, hearing parents, deaf parents, deaf children with cochlear implant education, sign-speech bilingualism

Słowa kluczowe: Głuche dziecko, implant ślimakowy, słyszący rodzice, głusi rodzice, edukacja głuchych dzieci z implantem ślimakowym, migowo-foniczna dwujęzyczność

WSTĘP

Wraz z rozwojem medycyny i technologii zwiększa się liczba głuchych dzieci¹ (GD) poddanych operacji wszczepienia implantu ślimakowego (D. Martin i in., 2011, s. 108),

¹ Do określenia osoby z głębokim bądź znacznym ubytkiem słuchu można stosować wiele terminów, między innymi: osoba niesłysząca, osoba głucha, osoba z deficytem słuchu. W niniejszym artykule wykorzystuje się pojęcie osoba głucha, ponieważ jest to termin używany do samookreślenia się osób z zaburzeniami słuchu. Określenie „osoba głucha”/ „głuchy uczeń” ma również swoją tradycję w surdopedagogice i było stosowane między innymi przez założycielkę polskiej pedagogiki specjalnej Marię Grzegorzewską (1959, s. 313).

czyli wprowadzeniu elektronicznej protezy ucha wewnętrznego. Coraz większe zastosowanie implantów ślimakowych w leczeniu głuchoty obserwuje się na całym świecie, w tym także w Polsce. W 1992 roku w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie rozpoczęto polski program implantów, którego kierownikiem został Henryk Skarżyński. Szacuje się, że dotychczas w Polsce implant ślimakowy wszczepiono kilku tysiącom osób z różnymi wadami słuchu. Ponad połowę pacjentów stanowiły dzieci. Według danych Amerykańskiej Agencji Żywności i Leków, w 2012 roku na świecie ponad 324 200 osób poddało się operacji wprowadzenia elektronicznej protezy ucha wewnętrznego (M. Zgoda i in., 2014, s. 67). Implanty ślimakowe wszczepia się coraz młodszym dzieciom o coraz mniejszym ubytku słuchu (D. Martin, Y. Bat-Chava, A. Lalwani, S. Waltzman, 2011, s. 108). W Polsce H. Skarżyński w latach 1992–1998 wszczepił implant ślimakowy 55 dzieciom i młodzieży, których średni wiek wynosił 9,2 lat. Aktualnie w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS) wszczepia się implanty pacjentom, którzy nie ukończyli pierwszego roku życia (M. Zgoda i in., 2014, s. 67–68).

„Stosowane obecnie w systemach implantów ślimakowych strategie kodowania pozwalają większości pacjentów na swobodną komunikację werbalną, w sprzyjających warunkach odsłuchowych, czyli w sytuacji braku dźwięków zakłócających” (A. Lorens, H. Skarżyński, 2012, s. 22). Implant ślimakowy powinien zatem znacząco polepszyć komunikację GD, jednak nie zapewnia takiego samego dostępu do informacji dźwiękowych jaki ma słyszące dziecko (SD). Należy pamiętać, że „implant ślimakowy nie jest natychmiastowym lekarstwem na głuchotę” (S. Tasker i in., 2010, s. 509). Zatem GD z implantem ślimakowym nie stanie się nagle SD. Czy należy zatem umożliwić GD z implantem ślimakowym dostęp do języka migowego, który jest naturalnym sposobem komunikacji głuchych (M. Świdziński, T. Gałkowski [red.], s. 5–9)? Czy dwujęzyczność migowo-foniczna obejmująca język migowy i język foniczny może być wartościową propozycją dla GD z implantem ślimakowym? Aby odpowiedzieć na to pytanie, warto przyjrzeć się, w jaki sposób funkcjonuje GD z implantem ślimakowym w najbliższym otoczeniu: w rodzinie oraz w szkole, czyli w środowisku społecznym współuczestniczącym w jego rozwoju (L. Spencer i in., 2012, s. 483).

GLUCHE DZIECKO Z IMPLANTEM ŚLIMAKOWYM W ŚRODOWISKU RODZINNYM

W literaturze (między innymi: S. Prillwitz, 1996, s. 270–278) dotyczącej sytuacji rodzinnej GD zwraca się uwagę na fakt, czy rodzice GD sami są osobami słyszącymi czy też mają deficyt słuchu. Na tej podstawie wyróżniono dwie odmiennie funkcjonujące grupy: głuchych dzieci słyszących rodziców (GDSR) i głuchych dzieci głuchych rodziców (GDGR).

GD z implantem ślimakowym może być wychowywane przez słyszących lub głuchych opiekunów. Większość GD z implantem ślimakowym ma słyszących rodziców. We wcześniejszych analizach nie uwzględniających specyficznej grupy GD z implantem ślimakowym (P. Hauser i in., 2006, s. 121) wskazywano, że GDSR są bardziej niż sły-

szące dzieci słyszących rodziców (SDSR) narażone na: porażkę edukacyjną, niską samoocenę, opóźnienia w rozwoju, przemoc seksualną i fizyczną, które mogą doprowadzić do zaburzeń adaptacyjnych² w adolescencji. Wydaje się, że wpływ na pojawienie się wymienionych problemów mają dwa czynniki: brak akceptacji głuchoty dziecka i trudności komunikacyjne w rodzinie (P. Hauser i in., 2006, s. 121). Wykorzystanie nowoczesnej technologii — elektronicznej protezy ucha wewnętrznego — wydaje się zmieniać sytuację rodzinną GD wychowywanego przez słyszących rodziców. Warto zatem zastanowić się, czy implant ślimakowy poprawia sytuację rodzinną GD, które ma słyszących rodziców. Czy elektroniczna proteza ucha wewnętrznego pomaga słyszącym rodzicom zaakceptować to, że ich dziecko jest głuche? Czy w takiej rodzinie atmosfera sprzyja temu, aby GD zaakceptowało swoją głuchotę? Czy dzięki implantowi ślimakowemu poprawia się komunikacja słyszącego rodzica z GD?

W Polsce głusi rodzice zazwyczaj nie decydowali się na wszczępienie swojemu GD implantu ślimakowego. Taka postawa była wyrazem negatywnego podejścia do implantów ślimakowych środowiska dorosłych osób głuchych (K. Plutecka, 2013, s. 182). Obecnie nastawienie głuchych rodziców zaczyna się zmieniać i niektórzy z nich podejmują decyzję o wszczępieniu implantu ślimakowego swojemu głuchemu potomkowi. W Polsce pojawiają się sporadyczne przypadki GDGR z implantem ślimakowym. Tymczasem, wszczępienie implantu ślimakowego GDGR jest zjawiskiem coraz powszechniejszym w USA i w krajach zachodniej Europy (K. Davidson i in., 2013, s. 238–241; A. Leonhardt, 2011, s. 625–626). Można przypuszczać, że polscy głusi rodzice również coraz częściej będą wyrażać zgodę na wszczępienie implantu ślimakowego ich GD.

GŁUCHE DZIECKO Z IMPLANTEM ŚLIMAKOWYM W SŁYSZĄCEJ RODZINIE

GD najczęściej przychodzą na świat w słyszących rodzinach. Rodzice bez ubytku słuchu zazwyczaj nie spodziewają się, że ich potomek będzie głuchy. Po diagnozie przechodzą proces żałoby po swoim wspaniałym, wymarzonemu słyszącym dziecku (SD). U słyszących rodziców w konfrontacji z głuchotą własnego dziecka mogą pojawić się następujące etapy żałoby: zaprzeczanie rzeczywistości, obwinianie, depresja, złość, negocjacje i akomodacja. Zdarza się, że proces żałoby trwa latami i zatrzymuje się na pierwszej fazie, nigdy nie osiągając etapu akomodacji, czyli „konstruktywnego przystosowania się do głuchoty” (J. Kobosko, 2014, s. 50). Rodzice mogą przeżywać dużo negatywnych emocji, które mieszają się z miłością do swojego dziecka. Ze względu na czas potrzebny na przejście przez fazy żałoby i adaptację do nowej sytuacji, słyszący rodzice często z pewnym opóźnieniem uczą się nowych umiejętności wychowywania GD (J. Kobosko, 2014, s. 48–50).

² Zaburzenia adaptacyjne — według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, 2008, s. 228) „są to stany napięcia, niepokoju, przygnębienia i zaburzeń emocjonalnych, które powstają w okresie adaptacji do dużych zmian życiowych lub do stresującego wydarzenia życiowego i zazwyczaj utrudniają społeczne przystosowanie i efektywne działanie”.

Często niedługo po diagnozie słyszący rodzice GD stają przed podjęciem trudnej decyzji o wszczęciu implantu ślimakowego. Coraz więcej słyszących rodziców zgadza się, aby ich GD wprowadzono elektroniczną protezę ucha wewnętrznego. Najczęściej ich wybór wynika z trzech przyczyn. Po pierwsze, sami chcą swobodnie komunikować się ze swoim dzieckiem, głównie za pomocą języka fonicznego. Po drugie, pragną również, aby ich potomek mógł rozmawiać z innymi osobami słyszącymi. Po trzecie, marzą o sukcesie edukacyjnym swojego dziecka w szkole masowej (S. Tasker, i in., 2010, s. 509–510). Wszystkie wymienione trzy nadzieje opierają się na wierze w normalny rozwój języka fonicznego i chęci włączenia GD w środowisko osób słyszących.

Słyszący rodzice niejednokrotnie są przekonani, że samo wszczęcie implantu ślimakowego bez dodatkowego wysiłku pozwoli ich GD nabyć język foniczny w sposób spontaniczny i bezwysiłkowy. Tymczasem, opanowanie mowy przez GDSR z implantem ślimakowym wymaga rehabilitacji. Prowadzona jest ona przez specjalistów. Również słyszący rodzice często są w nią zaangażowani. GDSR z implantem ślimakowym nie nabywa w sposób spontaniczny języka fonicznego analogicznie do słyszących dzieci. „[...] implant ślimakowy nie zapewnia normalnego słyszenia, i najprawdopodobniej do utrzymania normalnego poziomu nauki języka potrzebna będzie specjalna interwencja” (P. Blamey, 2003, s. 242). Wymagający wsparcia proces nabywania mowy może również wpływać na komunikację GD z implantem ślimakowym ze słyszącymi rodzicami, którzy dodatkowo są obciążani zaangażowaniem w rehabilitację.

Nawet specjalna interwencja po wszczęciu implantu ślimakowego nie daje pewności, że GD nabędzie mowę. Grupa GDSR z implantem ślimakowym jest silnie zróżnicowana pod względem kompetencji w języku fonicznym: od dzieci funkcjonujących podobnie do ich słyszących rówieśników (w sprzyjających warunkach akustycznych) do przypadków, w których mowa w ogóle nie pojawia się w repertuarze komunikacyjnym (P. Spencer, M. Marschark, 2003, s. 442). Zebrane i przedstawione przez P. Blameya (2003, s. 242) dotychczasowe wyniki badań też pozostają ze sobą w sprzeczności: część analiz naukowych wskazuje na rozwój języka fonicznego GDSR z implantem ślimakowym mieszczący się w normach przeznaczonych dla SD. Natomiast w części doniesień naukowych wskazuje się opóźnienia w rozwoju mowy GDSR z implantami ślimakowymi w porównaniu do słyszących rówieśników. Z przeprowadzonej analizy dotychczasowej wiedzy P. Blamey (2003, s. 242) wyciąga następujący wniosek: rozwój mowy GDSR z implantem ślimakowym przypomina proces nabywania języka fonicznego dzieci słabosłyszących korzystających z aparatów słuchowych.

Korzystanie z języka fonicznego nie wyklucza tego, że GDSR z implantem ślimakowym powinno mieć również dostęp do języka migowego. Można w tym momencie zadać pytanie, dlaczego należy wspierać rozwój języka migowego w grupie GDSR z implantem ślimakowym, które ma szansę na posługiwanie się mową? Po pierwsze, jak wskazano powyżej, nie mamy pewności, że GDSR z implantem ślimakowym nabędzie język foniczny na takim samym poziomie jak słyszący rówieśnicy. Po drugie, język wizualno-przestrzenny stanowić może ważny element w procesie budowania tożsamości osoby głuchej. W ten sposób zapewniamy, że w dorosłości osoba głucha będzie mogła swobodnie funkcjono-

wać zarówno w środowisku osób słyszących, jak i głuchych. Wydaje się to istotne w kontekście wyników badań L. Spencer, B. Tomblina i B. Gantza (2012, s. 495), według których dorosłe osoby głuche korzystające z implantów ślimakowych w większości określają się jako osoby o tożsamości dwukulturowej. Czują się one komfortowo w środowisku osób głuchych, jak i słyszących. Korzystają one zarówno z komunikacji manualnej, jak i fonicznej. „To ciekawe, że pomimo faktu, że implant ślimakowy jest kojarzony z językiem fonicznym, większość młodych osób (z implantem ślimakowym) potrafi migać i jest elastyczna w wykorzystaniu języków i modalności, w zależności od sytuacji” (A. Wheeler i in., 2007, s. 310). Potwierdza to wypowiedź 14-letniej głuchej Brytyjki z implantem ślimakowym: „Z głuchymi przyjaciółmi migam, a z pozostałymi mówię” (A. Wheeler i in., 2007, s. 310).

Po trzecie, nauka nowego języka przynosi liczne korzyści na poziomie komunikacyjnym, społecznym i poznawczym. Trzeci argument jest szeroko opisywany w niezwykle obszernej literaturze dotycząca dwujęzyczności (na przykład: Z. Wodniecka, E. Haman, 2013, s. 3–8), w tym także dwujęzyczności obejmującej języki migowe (M. Dunaj, 2015, s. 7–91).

Wydaje się, że odrzucenie dwujęzyczności migowo-fonicznej wynika najczęściej z obaw słyszących rodziców, że język migowy zahamuje rozwój języka fonicznego GD z implantem ślimakowym. Współczesne badania wskazują, że „wczesna znajomość języka migowego nie wpływa negatywnie na rozwój mowy przy wykorzystaniu implantu ślimakowego, a może prowadzić do odniesienia sukces w opanowaniu języka fonicznego” (K. Davidson i in., 2013, s. 241). Jednakże rodzice często nie znają najnowszych doniesień naukowych i obawiają się, że ich GD używające języka migowego nigdy nie nauczy się porozumiewać się z większością słyszącego społeczeństwa za pomocą języka fonicznego.

Obawy dotyczące przyszłości dziecka, trauma psychiczna spowodowana diagnozą, współuczestniczenie w procesie rehabilitacji oraz konsekwencje społeczno-ekonomiczne związane z głuchotą dziecka — wszystkie te czynniki sprawiają, że u słyszących rodziców GD z implantem ślimakowym pojawia się silny i długotrwały stres. Wymienione przeżycia nie pozostają bez znaczenia dla stanu zdrowia psychicznego rodziców, u których obserwuje się wyższy poziom lęków i problemów ze snem niż u słyszących rodziców mających SD. Obserwowany jest w opisanych sytuacjach efekt sprzężenia zwrotnego: głuchota dziecka wpływa na stan zdrowia psychicznego rodziców, który jest ważny dla rozwoju GD. Opisany proces można rozumieć w kategoriach niebezpośredniego wpływu głuchoty na funkcjonowanie GD z implantem ślimakowym (J. Kobosko i in., 2014, s. 137–141).

Słyszący rodzice sami potrzebują wsparcia i niejednokrotnie borykają się z problemami ze zdrowiem psychicznym. Jednakże czy w związku z tym żałują podjęcia decyzji o wszczepieniu implantu ślimakowego GD? P. Spencer i M. Marschark (2003, s. 441–443) prezentują przegląd badań nad oceną implantów ślimakowych dokonaną przez rodziców GD. Większość analiz naukowych wskazuje na pozytywne postrzeganie implantów ślimakowych i zadowolenie rodziców, którzy widzą poprawę życia swoich dzieci. Opinie słyszących rodziców są zgodne z tym, co uważają ich GD. Głucha mło-

dzień korzystająca z implantów ślimakowych również pozytywnie ocenia jakość swojego życia (P. Spencer, M. Marschark, 2003, s. 443).

Pomimo częstego zadowolenia z implantu ślimakowego, GD konfrontują się z uczuciem „bycia innym wśród osób słyszących”. Głucha młodzież relacjonuje, że doświadczając emocjonalnych trudności oraz kompleksów niższości w związku ze swoją głuchotą (K. Hilton, i in., 2013, s. 527–528). Może to być związane z faktem, że GD z implantem ślimakowym nie ma modelu głuchej osoby dorosłej w swojej rodzinie, co może utrudniać akceptację własnej głuchoty i pozytywną samoocenę swojego braku słuchu. Wydaje się zatem, że GDSR z implantem ślimakowym może mieć poczucie mniejszego wsparcia emocjonalnego niż GDGR. Jednakże GDSR z implantem ślimakowym i tak wydają się mieć większą emocjonalną podporę w swoich rodzicach niż GDSR bez implantów ślimakowych, choćby dzięki stosunkowo dobrej komunikacji ze słyszącymi rodzicami.

Wydaje się zatem słuszne stwierdzenie, że implant ślimakowy poprawia sytuację GD w rodzinie ze słyszącymi rodzicami. Jednakże zarówno słyszący rodzice, jak i GD z implantem ślimakowym, muszą mierzyć się z problemami, które wymagają zaangażowania ich samych i często również wsparcia z zewnątrz.

GŁUCHE DZIECKO Z IMPLANTEM ŚLIMAKOWYM W GŁUCHEJ RODZINIE

Niewielki odsetek GD (około 5% populacji GD) ma rodziców z ubytkiem słuchu (R. Mitchell, M. Karchmera, 2002, s. 155). W takich rodzinach występuje zbieżny status słyszenia dwóch pokoleń: zarówno dziecko, jak i rodzice są głusi. Proces uznania wady słuchu dziecka wydaje się być łatwiejszy do przejścia dla głuchych rodziców niż dla słyszących. Niektórzy głusi dorośli oczekujący potomka mają nadzieję, że ich własne dziecko będzie, podobnie jak oni, posiadało wadę słuchu. Dzięki głuchocie dziecko będzie mogło współdzielić ze swoimi rodzicami doświadczenia życiowe. Inni pragną, by ich dziecko słyszało. Badacze (P. Hauser i in., 2006, s. 122) nie wskazują na jednolite oczekiwania głuchych rodziców w stosunku do poziomu słyszenia swoich dzieci. Bez względu na własne nadzieje, głusi rodzice wydają się bardziej przygotowani na przyjście na świat GD i świadomi konsekwencji związanych z głuchotą, niż rodzice słyszący. Oczekując dziecka, głusi rodzice zastanawiają się nad ewentualnym pojawieniem się ubytku słuchu u nowego członka rodziny. Słyszący rodzice niemający do tego powodów (np. przypadków głuchoty w rodzinie), najczęściej nie rozważają wystąpienia wady słuchu u dziecka. GDGR najczęściej przebywają w domu, w którym głuchota jest w pełni akceptowana od początku pojawienia się nowego głuchego członka rodziny (P. Hauser i in., 2006, s. 122).

Głucha matka intuicyjnie dostosowuje się do potrzeb komunikacyjno-poznawczych głuchego niemowlęcia i wchodzi z nim w efektywne interakcje. Specyfika komunikacji pomiędzy małym GD i jego głuchą matką została opisana w literaturze zagranicznej (między innymi: M. Lieberman i in., 2013, s. 1–20) oraz polskiej (między innymi: J. Kotowicz, 2014, s. 97–110). Wyróżniono kilka strategii, które stosują głuche matki w komunikacji z GD. Po pierwsze, śledzą one dokładnie, gdzie dziecko kieruje wzrok

i interpretują przerzucanie go z siebie na otoczenie jako sygnał do rozpoczęcia komunikacji na wskazany wzrokiem temat. Po drugie, zaczynają wysyłać do dziecka komunikaty tylko wtedy, gdy potomek skieruje swój wzrok na nie. Po trzecie, dają one swoim dzieciom czas na oglądanie otoczenia. Po czwarte, stosują wiele wskazówek dotykowych i dotykowo-wzrokowych, np. poklepują dziecko, żeby podtrzymać jego uwagę albo machają rękami, żeby dziecko na nie spojrzało (J. Kotowicz, 2014, s. 100–102). Wymienione zachowania są bardzo ważne dla późniejszego rozwoju społecznego, komunikacyjnego i poznawczego (R. Schaffer, 2006, s. 123–124, 132–134).

Głuche matki zazwyczaj komunikują się ze swoimi głuchymi dziećmi za pomocą języka migowego. W głuchych rodzinach najczęściej nie pojawiają się problemy komunikacyjne, ponieważ członkowie posługują się dostępnym dla wszystkich językiem wizualno-przestrzennym. Głuche dzieci nabywają język migowy w sposób naturalny od rodziców, nie muszą uczyć się go (M. Lieberman i in., 2013, s. 1–2). Słyszące matki w kontakcie ze słyszącym potomkiem stosują tzw. mowę kierowaną do dziecka (ang. *child-directed speech, motherese, parentele, baby talk*) o specyficznej intonacji i innych charakterystycznych cechach (m.in. S. Milewski, 2009, s. 44). Analogicznie, głuche matki kierując do dziecka wypowiedzi w języku migowym modyfikują swój przekaz. Głuche matki zmieniają przestrzeń migania (migają w miejscach dostępnych wzrokowo dla dziecka, często na ciele dziecka), powiększają znaki migowe, używają więcej powtórzeń i upraszczają niektóre konstrukcje gramatyczne (M. Lieberman i in., 2013, s. 10–12). Dzięki wymienionym zachowaniom głuchych matek pojawia się skuteczna komunikacja, która jest podstawą tworzenia się relacji pomiędzy głuchą matką i jej GD. GDGR za pomocą języka migowego zdobywają wiedzę o świecie i przygotowują się do formalnego uczenia się w szkole. „Głuche dzieci głuchych rodziców wiedzą, jak się uczyć i są gotowe, żeby wyjść z domu i pójść do szkoły” (J. Singleton, D. Morgan, 2006, za: M. Marschark, L. Wauters, 2008, s. 311).

Pomimo możliwości komunikacji w języku migowym, część głuchych rodziców podejmuje decyzję o wszczęciu GD implantu ślimakowego. Głusi rodzice motywują swój wybór tym, że chcą poprawić jakość życia swoich dzieci i przygotować ich do radzenia sobie z różnego rodzaju trudnymi sytuacjami. Dla głuchych rodziców istotne są również możliwości edukacyjne, jakie daje implant ślimakowy. Głusi rodzice martwią się sytuacją w szkołach specjalnych dla głuchych dzieci: coraz mniejszą liczbą otwieranych oddziałów oraz włączaniem do klas dzieci ze sprzężonymi niepełnosprawnościami. Głusi rodzice chcieliby także uniknąć rozłąki z GD, która często ma miejsce, gdy głuchy uczeń uczęszcza do oddalonej od miejsca zamieszkania szkoły specjalnej z internatem. Zatem w kontekście edukacyjnym, głusi rodzice nie mają wygórowanych wymagań szkolnych w stosunku do GD z implantem ślimakowym. Nie oczekują, że elektroniczna proteza ucha wewnętrznego zapewni GD sukces edukacyjny. Według głuchych rodziców, GD z implantem ślimakowym ma większą możliwość wybierania szkoły, która będzie blisko domu rodzinnego i która zapewni mu dobry rozwój (A. Leonhardt, 2011, s. 629–630).

Po operacji wszczęcia elektronicznej protezy ucha wewnętrznego, głusi rodzice starają się zapewnić swojemu GD z implantem ślimakowym kontakt ze słyszącymi rówie-

śnikami i dorosłymi. Nie oznacza to jednak odrzucenia języka wizualno-przestrzennego. Wprost przeciwnie, język migowy jest codziennym sposobem komunikacji z członkami rodziny i z innymi osobami głuchymi. Często system wspomaganie GD po implantacji nie jest przygotowany na współpracę z głuchymi rodzicami, którzy spotykają się między innymi z takimi problemami, jak: brak kontaktu z innymi głuchymi rodzicami, którzy zdecydowali się na implantację GD, brak włączania głuchego rodzica w rehabilitację GD, nieznamość języka migowego w centrach zajmujących się rehabilitacją po wszczepieniu implantu ślimakowego (A. Leonhardt, 2011, s. 629–631).

GDGR z implantem ślimakowym mają możliwość korzystać z pełnej dwujęzyczności migowo-mówionej. Według współczesnych badań (K. Davidson, D. Lillo-Martin, D. Pichler, 2013, s. 238–241; A. Leonhardt, 2011, s. 238), GDGR z implantem ślimakowym osiągają taki sam poziom kompetencji w języku fonicznym jak dwujęzyczne słyszące dzieci mające głuchych rodziców (ang. *child of deaf adult*, CODA). GDGR z implantem ślimakowym uzyskały lepsze wyniki w niektórych testach niż GD z implantem ślimakowym nie znające języka migowego. Można zatem stwierdzić, że GDGR z implantem ślimakowym dzięki wczesnej ekspozycji na język migowy i wprowadzeniu języka fonicznego po implantacji mogły stać się migowo-fonicznie dwujęzyczne. Przedstawione doniesienie z badań (K. Davidson i in., 2013, s. 238–241) wskazuje, że skupianie się tylko na języku fonicznym po implantacji GD może być bezpodstawne.

Głusi rodzice mogą być dla dziecka przykładem, że ubytek słuchu nie przeszkadza w założeniu rodziny i normalnym funkcjonowaniu. Najczęściej GDGR mają również kontakt z innymi dorosłymi osobami głuchymi. Dla GD istotny może być kontakt z drugą osobą o takiej samej niepełnosprawności. Głusi rodzice pozwalają GD utożsamiać się ze środowiskiem osób głuchych. Głuche rodziny dają wsparcie emocjonalne głuchemu dziecku i pozwalają mu zaakceptować siebie oraz swoją głuchotę (S. Prillwitz, 1996, s. 270–288).

GŁUCHE DZIECKO Z IMPLANTEM ŚLIMAKOWYM W ŚRODOWISKU SZKOLNYM

Implant ślimakowy nie zapewnia GD poziomu umiejętności szkolnych i wiedzy edukacyjnej uczniów słyszących. Analizy osiągnięć szkolnych GD z implantem ślimakowym głównie koncentrują się na umiejętności czytania. Według badań, na wcześniejszych etapach nauki GD z implantem ślimakowym osiągają adekwatny dla wieku chronologicznego poziom czytania. Natomiast na późniejszych etapach uczenia się, część dzieci utrzymuje odpowiedni poziom dla swojego wieku, natomiast pozostałe zatrzymują się na niższym (M. Marschark i in., 2007, s. 269–276).

M. Marschark, C. Rohoten i M. Fabich (2007, s. 279–280) odnoszą się krytycznie do badań nad rozwojem GD z implantem ślimakowym. Naukowcy często nie przedstawiają poziomu funkcjonowania dziecka przed zaimplantowaniem (językowego, umiejętności szkolnych). Następnie porównuje się GD z implantem ślimakowym z pozostałymi GD. Należy pamiętać, że dzieci są poddawane selekcji przed wszczepieniem implantu ślima-

kowego i mogą jeszcze przed operacją funkcjonować lepiej niż pozostałe GD. Często pomija się również porównania innych czynników w grupach GD z implantem ślimakowym / bez implantu ślimakowego, takich jak: status socjoekonomiczny rodziny, występowanie lub brak ubytku słuchu rodziców, wczesna interwencja i wykorzystywanie innych rodzajów rehabilitacji.

M. Marschark i in. (2007, s. 280) ostrzegają przed stawieniem znaku równości pomiędzy GD z implantem ślimakowym i ich słyszącymi rówieśnikami. Lepsze funkcjonowanie językowe GD z implantem ślimakowym w porównaniu do innych grup GD może spowodować, że rodzice i nauczyciele nie będą dostrzegać specjalnych potrzeb dzieci zaimplantowanych (M. Marschark i in., 2007, s. 280).

Według S. Archbold (2005, za: M. Marschark i in., 2007, s. 279) „implanty ślimakowe mogą działać zbyt dobrze”. Nauczycielom może wydawać się, że GD z implantem ślimakowym nie potrzebują pomocy i funkcjonują tak samo, jak dzieci słyszące.

Jednakże, w typowym głośnym środowisku szkolnym z coraz bardziej wymagającym programem nauczania, dziecko (z implantem ślimakowym) wymaga odpowiedniego wsparcia i kontrolowania działania sprzętu technicznego, który nosi. W gimnazjum lub w szkole średniej dziecko z implantem ślimakowym może mieć doskonałą wymowę, ale brakować mu będzie wyrafinowanego słownictwa by sprostać trudnemu programowi nauczania, szczególnie w hałasie i przy zmieniających się nauczycielach (S. Archbold, 2005, za: M. Marschark i in., 2007, s. 279).

Wielu badaczy spodziewało się, że w grupie GD z implantem ślimakowym po wzbogaceniu słownictwa nastąpi również przyrost wiedzy ogólnej o świecie (ang. *world knowledge*), której braki występują u GD i najczęściej tłumaczone są ograniczonym dostępem do uczenia się incydentalnego przy słuchaniu rozmów innych osób. Niepełna możliwość korzystania z opisanego sposobu uczenia się może być przyczyną opóźnień w rozwoju językowym, poznawczym, edukacyjnym i społecznym GD. Badaczom (C. Convertino i in., 2014, s. 471) wydawało się, że dzieci z implantem ślimakowym będą korzystać z uczenia się incydentalnego, między innymi dzięki możliwości słyszenia konwersacji innych ludzi. Jednakże w badaniach przeprowadzonych przez C. Convertino i in. (2014, s. 480) nie stwierdzono pozytywnego wpływu korzystania z implantów ślimakowych na poziom wiedzy o świecie. W eksperymencie wzięły udział dwie grupy głuchych studentów: z implantem ślimakowym oraz bez. Wyniki obu grup porównywano ze słyszącymi rówieśnikami. Nie zaobserwowano różnic pomiędzy dwoma grupami studentów głuchych, którzy osiągnęli statystycznie niższe wyniki niż słyszący badani. W eksperymencie sprawdzano również poziom słownictwa studentów. Najlepsze wyniki osiągnęły osoby słyszące, istotnie statystycznie niższy poziom wystąpił u studentów głuchych, którzy nie różnili się między sobą zasobem słownictwa bez względu na posiadanie lub nie implantu ślimakowego. Nie wskazano istnienia długofalowych efektów implantów ślimakowych na rozwój słownictwa. Wiek wszczęcia implantu ani czas posiadania go nie były istotnymi czynnikami dla wyników głuchych studentów. Autorzy badań (C. Convertino i in., 2014, s. 480–481) interpretują wyniki jako dowód na ograniczony dostęp do incydentalnego uczenia się osób z implantem ślimakowym.

C. Convertino i in. (2014, s. 480–481) uważają, że poziom funkcjonowania GD z implantem ślimakowym znajduje się pomiędzy SD i GD bez implantów ślimakowych. Grupa dzieci zaimplantowanych wymaga nowego podejścia i nowych metod kształcenia. Nie można oczekiwać, że dzięki poprawie kompetencji językowych GD z implantem ślimakowym będą tak samo funkcjonować jak SD. Metody stosowane w nauczaniu SD lub GD mogą okazać się nieadekwatne dla GD z implantem ślimakowym, które wymagają odrębnego traktowania. „Tylko jeżeli w pełni zrozumiemy, w jaki sposób myślą i uczą się dzieci z implantem ślimakowym, to będziemy mogli dostosować nasze metody w taki sposób, aby dostosować się do ich silnych stron i potrzeb” (M. Marschark i in., 2007, s. 280).

Niektórzy badacze (T. Humphries i in., 2014, s. 107) uważają, że dwujęzyczne nauczanie opierające się na języku migowym i języku fonicznym może być odpowiedzią na potrzeby edukacyjne GD z implantem ślimakowym. Aktualnie na świecie istnieją migowo-fonicznie dwujęzyczne programy nauczania dla głuchych dzieci zarówno w szkołach specjalnych dla głuchych dzieci, jak i w szkołach integracyjnych i masowych. Kształcenie odbywa się zarówno w języku fonicznym, jak i w języku migowym. W przypadku szkolnictwa masowego i integracyjnego dwujęzycznością migowo-foniczną zostają objęte również dzieci słyszące, które uczą się języka migowego jako drugiego języka. W dwujęzycznych szkołach współpracują ze sobą głusi i słyszący nauczyciele wraz z logopedami i tłumaczami języka migowego (K. Svartholm, 2007, s. 137–145).

PODSUMOWANIE

Należy pamiętać, że „implant ślimakowy nie zmienia głuchych ludzi w słyszących” (P. Spencer, M. Marschark, 2003, s. 435). GD nawet po operacji wszczepienia implantu ślimakowego i udanej rehabilitacji funkcjonuje w środowisku rodzinnym i szkolnym inaczej niż jego słyszący rówieśnik, ale również odmiennie niż GD bez implantu ślimakowego. GD z implantem ślimakowym wymaga zupełnie innego podejścia i metod edukacyjno-rehabilitacyjnych, niż te które były stosowane w pracy z GD bez elektronicznych protez ucha wewnętrznego.

Droga migowo-fonicznej dwujęzyczności jest jedną z propozycji rozwoju GD z implantem ślimakowym. Wydaje się ona szansą dla dwóch grup dzieci zaimplantowanych: zarówno GDGR, jak i GDSR. Znajomość dwóch języków (języka migowego i języka fonicznego) może wzbogacić GD w sferach: komunikacyjnej, społecznej, poznawczej i emocjonalnej oraz przede wszystkim może dać możliwość budowania dwukulturowej tożsamości, dzięki której dorosła osoba głucha może swobodnie funkcjonować w świecie osób głuchych i słyszących.

BIBLIOGRAFIA

- Blamey Peter (2003), *Development of spoken language by deaf children*, [w:] *Oxford handbook of deaf studies, language and education*, pod red. naukową Marca Marscharka, Patricii Spencer, University Press, Oxford, s. 232–246.
- Convertino Carol, Borgna Georgianna, Marschark Marc, Durkin Andreana (2014), *Word and world knowledge among deaf students with and without cochlear implants*, “Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, t. 19, nr 4, s. 471–483.
- Davidson Kathryn, Lillo-Martin Diane, Chen Pichler Deborah (2014), *Spoken English language development among native signing children with cochlear implants*, “Deaf Studies and Deaf Education”, t. 19, nr 2, s. 238–250.
- Grzegorzewska Maria (1959), *Wyobrażenia zastępcze jako jedna ze swoistych form kompensacji w przystosowaniu się głuchych do świata słyszących*, „Szkoła Specjalna”, nr 6, s. 313–320.
- Hauser Peter, Wills Karen, Isquith Peter (2006), *Hard of hearing, deafness, and being deaf*, [w:] *Treating Neurodevelopmental disabilities: Clinical research and practice*, pod red. naukową Janet Farmer, Jacobusa Dondersa, Setha Warschawsky’ego, Guilford Press, New York, s. 119–131.
- Hilton Kristina, Jones Fergal, Harmon Sarah, Cropper Jennifer (2013), *Adolescents’ Experiences of Receiving and Living With Sequential Cochlear Implants: An Interpretative Phenomenological Analysis*, “The Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, t. 18, nr 4, s. 513–531.
- Humphries Tom, Kushalnagar Poorna, Mathur Gaurav, Napoli Donna Jo, Padden Carol, Rathmann Christian, Smith Smith (2014), *Bilingualism: A Pearl to Overcome Certain Perils of Cochlear Implants*, “Journal of Medical Speech-Language Pathology”, t. 21, nr 2, s. 107–125.
- Kobosko Joanna (2014), *Psychologiczne implikacje głuchoty dziecka w rodzinie i szkole*, [w:] *Edukacja głuchych*, pod red. naukową Mariusza Saka, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 44–66.
- Kobosko Joanna, Geremek-Samsonowicz Anna, Skarżyński Henryk (2014), *Problemy zdrowia psychicznego matek i ojców dzieci głuchych z implantem ślimakowym*. „Otolaryngologia Polska”, t. 68, nr 3, s. 135–142.
- Kotowicz Justyna (2014), *W jaki sposób można wspierać rozwój umiejętności podzielania uwagi głuchego dziecka słyszących rodziców?*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica”, nr 3, s. 97–110.
- Leonhardt Annette (2011), *Why Do Parents Who are Deaf Have Their Child Who Is Deaf Fitted With a Cochlear Implant?*, “Japanese Journal of Special Education”, t. 48, nr 6, s. 625–633.
- Lieberman Amy, Hatrak Marla, Mayberry Racheal (2013), *Learning to look for language: Development of joint attention in young deaf children*, “Language Learning and Development”, nr 10, s. 1–20.
- Lorens Artur, Skarżyński Henryk (2012), *Technologia implantów ślimakowych*, „Nowa Audiofologia”, t. 1, nr 3, s. 18–23.
- Marschark Marc, Rhoten Cathy, Fabich Megan, (2007), *Effects of cochlear implants on children’s reading and academic achievement*, “Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, nr 12, s. 269–282.
- Marschark Marc, Wauters Loes (2008), *Language comprehension and learning by deaf students*, [w:] *Deaf cognition*, red. nauk. Marc Marschark, Peter Hauser, Oxford University Press, Oxford, s. 309–350.

- Martin Daniela, Bat-Chava Yael, Lalwani Anil, Waltzman Susan (2011), *Peer relationships of deaf children with cochlear implants: predictors of peer entry and peer interaction success*, "Deaf Studies and Deaf Education", t. 16, nr 1, s. 108–120.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) (2008), t. 1, Światowa Organizacja Zdrowia, Warszawa.
- Milewski Stanisław (2009), *Wyrazy n-fonemowe i n-sylabowe w mowie dorosłych adresowanej do niemowląt*, „Psychologia Rozwojowa”, t. 14, nr 2, s. 43–56.
- Mitchell Ross, Karchmer Michael (2002), *Chasing the Mythical Ten Percent: Parental Hearing Status of Deaf and Hard of Hearing Students in the United States*, "Sign language studies", t. 4, nr 2, s. 138–163.
- Plutecka Katarzyna (2013), *The importance of the cochlear implant for the development of communications skills of deaf people*, [w:] *Chosen topics of supporting persons with a disability*, pod red. naukową Jolanty Baran, Tamary Cierpiałowskiej, Katarzyny Pluteckiej, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 173–182.
- Prillwitz Sigmund (1996), *Język, komunikacja i zdolności poznawcze niesłyszących*, WSiP, Warszawa.
- Schaffer Rudolph (2006), *Rozwój społeczny: dzieciństwo i młodość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Spencer Linda, Toblin Bruce, Gantz Bruce (2012), *Growing up with a cochlear implant: education, vocation, and affiliation*, "Journal of Deaf Studies and Deaf Education", t. 17, nr 4, s. 483–498.
- Spencer Patricia, Marschark Marc (2003), *Cochlear implants: issues and implication*, [w:] *Oxford handbook of Deaf studies, language and education*, pod red. naukową Marca Marscharka, Patricii Spencer, Oxford University Press, Oxford, s. 434–450.
- Svartholm Kristina (2007), *Cochlear-implanted children in Sweden's Bilingual Schools*, [w:] *Surgical consent: bioethics and cochlear implantation*, pod red. Lindy Komesaroff, Gallaudet University Press, Washington, D.C., s. 137–150.
- Świdziński Marek, Gałkowski Tadeusz (red.) (2003), *Studia nad kompetencją językową i komunikacją niesłyszących*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Tasker Susan, Nowakowski Matilda, Schmidt Louis (2010), *Joint attention and social competence in deaf children with cochlear implants*, "Journal of Developmental and Physical Disabilities", t. 22, nr 5, s. 509–32.
- Wheeler Alexandra, Archbold Sue, Gregory Susan, Skipp Amy (2007), *Cochlear Implants: The Young People's Perspective*, "The Journal of Deaf Studies and Deaf Education", t. 12, nr 3, s. 303–316.
- Wodniecka Zofia, Haman Ewa (2013), *Dwujęzyczność — wyzwanie, które warto podjąć, czyli co o dwujęzyczności mówi współczesna psychologia*, [w:] *Euro Emigranci. Młoda polska emigracja w UE jako przedmiot badań psychologicznych, socjologicznych i kulturowych*, pod red. naukową Joanny Kulpinkiej, Magdaleny Luzniak-Piechy, Doroty Praszalowicz, Wydawnictwo Polskiej Akademii Umiejętności, Kraków, s. 1–22.
- Zgoda Małgorzata, Lorens Artur, Obrycka Anita, Putkiewicz-Aleksandrowicz Joanna, Skarżyński Henryk (2014), *Analiza porównawcza osiągnięć szkolnych trzynastolatków korzystających z implantu ślimakowego wszczepionego im przed ukończeniem 3 roku życia i słyszących rówieśników*, „Nowa Audiofonologia”, t. 3, nr 5, s. 66–74.

Justyna Kotowicz

DEAF CHILD WITH COCHLEAR IMPLANT.
PROPOSITION OF SIGN-SPEECH BILINGUALISM IN FAMILIAL MILIEU
AND EDUCATIONAL SETTING

S u m m a r y

The medical and technological development has contributed to increasing number of deaf children's cochlear implant surgeries. In Poland, as in the entire world, this electronic devices are implanted to children at lower age and with smaller hearing impairment than in the past. The cochlear implant can not be perceived as a cure for deafness, because this electronic device does not assure that the deaf people have access to the same level of sound based information as the hearing people do. Therefore, the deaf children with cochlear implant can be considered as a distinct group from their hearing peers and from the deaf children without cochlear implant. In this article we analyze how the deaf children with cochlear implants specifically function in educational setting and in the familial milieu, seen as the social environment engaged in the children's development. One of the propositions of the development for the deaf children with cochlear implant is the sign-speech bilingualism that includes the sign language as a natural language used in the deaf community and the spoken language as a mode of communication of the hearing majority of the society. This kind of bilingualism gives a full access to two languages and two cultures to the deaf children with cochlear implant. This is a chance for deaf children to develop bicultural identity which enable them to participate in deaf and hearing world.