

Piotr Tomaszewski

<https://doi.org/10.26881/pwe.2019.44.01>

ORCID: 0000-0002-4083-067X

Uniwersytet Warszawski

piotr.tomaszewski@psych.uw.edu.pl

Lucyna Kościelniak

ORCID: 0000-0003-4126-5905

Uniwersytet Wrocławski

Język migowy w świetle współczesnego paradygmatu głuchoty¹

*Chociaż dzieci głuche różnią się między sobą podobnie jak dzieci słyszące
i żadna strategia nie zadziała w każdym przypadku,
to jest większe prawdopodobieństwo, że umożliwienie dostępu
do bogatego języka migowego bardziej pomoże niż zaszkodzi.*

Szarkowski (2019: 258)

Summary

Sign language in the light of the modern deafness paradigm

The main issue addressed in this paper is a practical application of sign language in early development support for deaf and hard of hearing children in Poland. This discussion is set in a broad cultural, linguistic, psychological and rehabilitation context. This paper presents the concept of Mary Pat Moeller which includes four approaches to the use of sign language in the programming of language in DHH. The discussion on the possibility of Polish rehabilitation centres adopting these solutions required an explanation of the differences between auditory deprivation and language deprivation, which is another important issue addressed in this paper. The main aim of this publication is to propose a flexible approach to the creation of a model of education for deaf and hard of hearing children, one that will completely fulfill the needs of a specific child and to substantially argue about the conviction that sign language is a factor potentially detrimental to the development of these children.

Keywords: deaf child, sign language, spoken language, language deprivation, cochlear implants

Słowa kluczowe: głuche dzieci, język migowy, język mówiony, deprivacja językowa, implanty ślimakowe

¹ Niniejsza praca była subsydiowana z funduszy na Badania Statutowe Wydziału Psychologii UW (BST 186800-43/2018).

W kierunku nowego paradygmatu głuchoty

Jeśli przyjrzymy się historii edukacji głuchych, nietrudno zauważyć coraz bardziej widoczne zmiany zachodzące wraz z rozwojem technologii słuchowej. Kluczowy był rok 2002, w którym upowszechniono badania przesiewowe w drugim dniu życia dziecka, co jest zasługą Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy (zob. Radziszewska-Konopka 2002). Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków umożliwił szybszą diagnostykę, a tym samym zastosowanie urządzeń wspierających słyszenie – kiedyś egzystowała niemała grupa dzieci głuchych, które nie były jeszcze wyposażone w implanty ślimakowe (CI – z ang. *cochlear implants*), lecz w aparaty słuchowe (HA – z ang. *hearing aid*) niebędące wówczas tak zaawansowane jak dzisiejsze, i dla których pierwszym językiem był język migowy, a pismo (jako forma języka fonicznego) było ich kolejnym sposobem porozumiewania się. Stąd zrodziła się idea nauczania dwujęzycznego typu migowo-pisanego, które stało się jedną z opcji wychowania językowego dzieci głuchych. Od niedawna dzięki szybkiej diagnozie głuchoty, a w konsekwencji wyposażeniu dziecka głuchego w nowoczesne CI czy HA oraz objęciu wczesnym wspomaganie rozwoju, zaczęła rosnąć w przyspieszonym tempie liczba tych dzieci, u których występuje duża przemiana w rozwoju zdolności słyszenia. Na skutek tego procesu coraz większą liczbę osób głuchych z CI można funkcjonalnie zaliczyć do grona słabosłyszących z dobrymi HA. Praktycznie rzecz ujmując, oznacza to, że coraz więcej osób, które jeszcze dwie i więcej dekad temu uznane zostałyby za *gluchonieme*, jest w stanie mówić bardziej zrozumiale oraz aktywniej wykorzystywać indywidualne możliwości percepcji dźwięków (Tomaszewski i in. 2019). Z tego względu konieczne staje się otwarcie na zmiany paradygmatu głuchoty: należy na nowo przemyśleć, przeanalizować i zrewidować dotychczasowe doświadczenia i ukazać nowe wyzwania, unikając w ten sposób tendencji do przenoszenia tych doświadczeń na obecną sytuację w kształceniu dzieci głuchych i słabosłyszących (DGSS). Wśród nich występuje wyraźne zróżnicowanie osiąganych efektów – od bardzo dobrze „słyszących” do „niesłyszących” pomimo najnowszych HA i CI. To, że obecnie dzieci typowo głuche reprezentują wysoce heterogeniczną populację pod względem zdolności i umiejętności uczenia się, można wyeksplikować z ich różnic indywidualnych, różnorodnego podejścia ich środowiska do procesu implantacji czy aparatuowania oraz dalszej edukacji językowej, a przede wszystkim złożonej interakcji wszystkich tych zmiennych.

Wobec powyższego niniejszy artykuł obejmuje propozycję wychowania językowego², którego elementem jest tworzenie eklektycznego modelu kształcenia językowego DGSS uwzględniającego język migowy. Nie należy postrzegać tego języka jako czynnika potencjalnie niesprzyjającego rozwojowi DGSS, lecz przybliżyć problematykę użycia go w procesie komunikacji z DGSS posiadającymi zaawansowane CI lub HA i objętymi programem wczesnego wspomaganie rozwoju. Charakteryzuje się tym zrównoważone podejście do głuchoty zakładające, że język mówiony i migowy mogą być przyswajane

² Wychowanie językowe rozumiane jako szereg oddziaływań, w tym planowania i realizowania strategii kształtowania systemu komunikacyjnego u danego dziecka.

w dowolnej kolejności, bez względu na to, który z nich ma być pierwotnie wdrożony w zależności od zróżnicowanych możliwości poznawczych i językowych DGSS oraz od środowiska, w którym się wychowują. Oznacza to, że należy elastycznie diagnozować ich preferowaną modalność sensoryczną w kategoriach wielowymiarowego kontinuum od wzrokowego poprzez wzrokowo-słuchowe do słuchowego, preferowane formy komunikowania się zarówno receptywnego, jak i ekspresywnego oraz preferowane sposoby uczenia się (Tomaszewski 2018). Jest to zadanie, które należy priorytetowo wykonać – rzetelne określenie, w jakim punkcie na kontinuum od w pełni wizualnego do w pełni słuchowego rozwoju umiejętności komunikacyjnych znajduje się profil konkretnego dziecka, umożliwia zaplanowanie dalszych działań w sposób zrównoważony i najlepiej dopasowany do jego możliwości i potrzeb.

Konkludując: nie sposób bagatelizować trzech głównych zmian paradygmatu głuchoty, jakie w ostatnich latach zachodzą nie tylko w Polsce, ale też w Europie i na całym świecie. Pierwsza dotyczy uznania języka migowego jako naturalnego języka, dzięki czemu może on być wykorzystywany w szkołach dla DGSS oraz używany w nieskrępowany sposób w polskiej społeczności g/Głuchych. Druga odnosi się do rewolucji w technologii słuchowej: aparaty słuchowe i implanty ślimakowe są coraz bardziej zaawansowane, dzięki czemu DGSS mogą mieć coraz większy dostęp do dźwięków i języka mówionego. Trzecia wiąże się z szybkim postępowaniem w zakresie zarówno badań przesiewowych, zwłaszcza wczesnej diagnozy głuchoty w okresie niemowlęcym, jak i związanego z tym wczesnego wspomaganie rozwoju. Zmiany te wymagają przekalkulowania występujących pomiędzy różnymi podejściami do rozwoju DGSS styucznych punktów dla uniknięcia myślenia bezkompromisowego, stanowiącego źródło ideologicznych, a wręcz niebezpiecznych debat międzyparadygmatycznych; strategia ta ułatwiłaby tworzenie podstawowych zestawów zasad praktyk edukacyjnych, sprzyjających DGSS oraz ich rodzinom (Tomaszewski, Moron 2018). Te trzy wspomniane zmiany paradygmatu głuchoty powodują, że zastosowanie metod, które uwzględniają użycie języka migowego w procesie kształcenia nie jest możliwe w identyczny sposób dla wszystkich DGSS mających CI lub HA, choć nie bez znaczenia jest ryzyko wczesnej deprivacji językowej, kiedy DGSS mogą być pozbawione prawa dostępu do języka migowego.

W związku z powyższym w dalszej części pracy omówione zostaną zaobserwowane i opisane przez Moeller (2006) cztery różne podejścia, w których język migowy stosowany jest w programach wczesnego wspomaganie rozwoju DGSS z CI czy HA w Stanach Zjednoczonych: *bazowe*, *przejściowe*, *zróżnicowane* oraz *dominujące*. Opcje te są zróżnicowane pod względem poziomu intensywności użycia języka migowego we wczesnej stymulacji językowej i poznawczej oraz etapu rozwoju dziecka, w którym dane podejście jest wykorzystywane.

Cztery podejścia według Moeller

Podejście bazowe wprowadzane jest w pierwszym roku życia dziecka, kiedy między diagnozą a wszczepieniem implantu używane są znaki migowe, aby wspierać wczesną komunikację oraz rozwój symbolicznego znaczenia języka. Dzięki wykorzystaniu potencjału nieuszkodzonego zmysłu wzroku możliwe jest szybkie podjęcie stymulacji kompetencji komunikacyjnych, a następnie budowanie na ich kanwie systemu języka fonicznego, już po implantacji. Wspieranie się migami ma usprawnić rozwijanie percepcji słuchowej dziecka, a w efekcie doprowadzić do tego, że mowa jest dla niego podstawową formą komunikowania się. Podejście to może być efektywne jedynie wtedy, gdy po operacji podjęta zostanie intensywna (re)habilitacja słuchu i mowy. Moeller zauważa, że niezbędna jest współpraca specjalistów z zakresu stymulacji mowy oraz migania, która może wymagać od rodziny dziecka zmiany programu wczesnej interwencji, co zdaje się rzadko zachodzi w Polsce, zwłaszcza w większości poradni, gdzie rozwój kompetencji słuchowych stawia się na pierwszym miejscu i jest on zapewniany dziecku także przed wszczepieniem CI. Autorka powołuje się na trzy, obserwowane przez jej zespół, rodziny, w których rodzice wykazali się dużą elastycznością w myśleniu o komunikowaniu się z własnym dzieckiem. Znaki języka migowego wprowadzone przed zabiegiem wszczepienia implantu były traktowane jako narzędzie wspierające nabywanie właściwej formy komunikacji (przez wyjaśnianie pojedynczych zwrotów czy słów) i stopniowo wycofywano je z użycia. W każdym z opisywanych przypadków rodzice mieli pozytywne nastawienie do posługiwania się językiem migowym, który na początku życia ich dziecka najlepiej odpowiadał na jego potrzeby i kompetencje, stanowiąc tym samym cenny zasób komunikacyjny.

Podejście przejściowe jest adresowane głównie do dzieci, u których implant jest wszczepiany po 3. roku życia³ i wcześniej objęte były one wsparciem metody komunikacji dwujęzycznej lub totalnej⁴. Język migowy pełni w nim funkcję łącznika ułatwiającego oswojenie się z nowymi bodźcami słuchowymi i wkomponowanie ich do dotychczasowych kompetencji komunikacyjnych – ma zapewnić dziecku płynne opanowanie języka fonicznego. Osiągnięcie sukcesu wymaga zapewnienia przez najbliższe środowisko dogodnych warunków do rozwijania słuchu i mowy oraz kładzenia coraz większego nacisku na komunikację werbalną wraz z nabywaniem przez dziecko nowych umiejętności. Moeller opisała dwójkę dzieci objętych podejściem przejściowym, których rozwój przebiegał w zupełnie inny sposób. Pierwsze z nich po wszczepieniu implantu stosunkowo szybko

³ Warto zauważyć, że założenie o wszczepianiu CI dzieciom po 3. roku życia staje się coraz mniej aktualne, gdyż rośnie liczba dzieci, które dostają CI najwcześniej jak tylko to możliwe – mówi się ostatnio o możliwości implantacji już w 7.-8. miesiącu życia.

⁴ Pietrzak (1992) określa komunikację totalną jako *filozofię porozumiewania się*, której cechą charakterystyczną jest wykorzystanie wszelkich dostępnych środków mogących zapewnić dziecku efektywną i komfortową komunikację. W tym podejściu wykorzystuje się m.in. takie elementy, jak: systemy językowo-migowe, naturalne języki migowe, ekspresję słowną i odbieranie mowy przy pomocy percepcji wzrokowej, wychowanie słuchowe czy pamięć ruchową (aby zapamiętać drobne ruchy warg charakterystyczne dla danej głoski).

wyrównało swoje umiejętności komunikacji werbalnej i mogło rozpocząć naukę w szkole masowej przy wsparciu języka migowego w sytuacjach trudnych (np. podczas zajęć w dużej grupie). Drugie dziecko do 4. roku życia czyniło nieznaczące postępy w nabywaniu mowy, nie było przekonane do niej jako narzędzia efektywnej komunikacji z innymi osobami. Dopiero zmiana środowiska na bardziej stymulujące słuchowo i werbalnie zmieniło nastawienie dziecka do posługiwania się mową, a język migowy zapewniał mu poczucie komfortu i bezpieczeństwa w tym etapie przejściowym.

W przypadku dzieci, które wcześniej korzystały z podejścia przejściowego lub takich, które w określonych sytuacjach potrzebują wsparcia, aby komunikacja mogła być efektywna, można zastosować *podejście zróżnicowane*. Język migowy jest stałym elementem procesu edukacyjnego, zmniejszającym frustrację uczniów i ułatwiającym przyswojenie informacji przekazywanych drogą słuchową. Może być używany do tego, aby np. znakiem wyjaśnić słowo/zwrot, którego dziecko nie jest w stanie wyraźnie wypowiedzieć czy wspierać wizualne kompetencje poznawcze danego ucznia. Warto podkreślić, że podejście to znajduje zastosowanie w przypadku osób, które używają języka migowego, aby swobodnie komunikować się ze swoim najbliższym środowiskiem (rodzinnym czy rówieśniczym), a implanty ślimakowe zostały wszczepione po opanowaniu tej formy komunikacji. Miganie pełni wtedy funkcję strategiczną – może ułatwić nabywanie kompetencji słuchowych, jednak, w przeciwieństwie do wcześniejszych strategii stale towarzyszy dziecku w trakcie jego życia.

Jako ostatnie Moeller opisała *podejście dominujące* – typowe dla dzieci wychowywanych w rodzinach dwujęzycznych (w których język migowy jest podstawową formą komunikacji) lub tych dzieci, u których uszkodzenie słuchu jest takiego pochodzenia. Celem tej formy edukacji jest oddzielna nauka amerykańskiego języka migowego (ASL) i języka angielskiego (w przypadku Polski – polskiego języka migowego (PJM) i języka polskiego). Opcja ta dotyczyć może dzieci ze starszym rodzeństwem lub innymi członkami rodziny posługującymi się językiem migowym, a także osób z CI, których rozwój umiejętności słuchowych przebiega w niezadowalającym tempie pomimo starań specjalistów. Proporcje między zastosowaniem środków słuchowych i wizualnych są tutaj odwrotne niż w przypadku podejścia zróżnicowanego – to język migowy stanowi podstawowy środek przekazu, a mowa wykorzystywana jest okazjonalnie w zależności od umiejętności dziecka. Głównym założeniem jest rozwijanie kompetencji komunikacyjnych w sposób najbliższy percepcyjnie dziecku, a tym samym najbardziej dla niego naturalny. Podejście dominujące może być trudne do wdrożenia w przypadku rodzin słyszących, niemniej ostatnio wśród rodziców słyszących rośnie zainteresowanie opcją wychowania dwujęzycznego o bimodalnym charakterze, gdzie występuje dwukierunkowe nauczanie dwóch języków: mówionego i migowego (Pittman i in. 2016). Co więcej, uzyskano wyniki wstępnych badań nad rozwojem językowym dziecka głuchego z CI rodziców słyszących w warunkach bimodalnej dwujęzyczności, wykazano, że sukcesywnie przyswajało ono język mówiony, kiedy na samym początku w jego rozwój wdrażano język migowy jako

podstawową formę komunikacji (Rinaldi, Caselli 2014). Należy pamiętać, że przy podejściu dominującym rodzice słyszący muszą stymulować u dziecka rozwój umiejętności zarówno wizualnych, jak i słuchowych. Do tego dochodzi kolejne wyzwanie: nie tylko rodzina, ale też specjaliści oraz nauczyciele powinni płynnie posługiwać się językiem migowym celem pełnej komunikacji z dzieckiem oraz posiadać wiedzę z zakresu rozwoju umiejętności słuchowych.

Zaprezentowane przez Moeller podejścia komunikacyjne dla DGSS oraz ich rodzin pokazują, że język migowy czy inne wizualne systemy komunikacji (np. symultaniczna komunikacja – jednoczesne użycie języka mówionego z systemem znaków migowych) może pełnić bardzo ważną rolę w ich życiu. Kluczowym zagadnieniem jest tutaj rozpoznanie potrzeb i predyspozycji konkretnej jednostki, na podstawie których zostanie dobrana odpowiednia forma komunikacji. Warto zwrócić uwagę na to, że w tej koncepcji liczy się przede wszystkim elastyczność w podejściu do komunikacji z DGSS, która nie jest dychotomiczna – DGSS mogą odbywać podróż komunikacyjną, wykazując większą elastyczność w zakresie zmiany modalności komunikacyjnej w danym czasie oraz w odmiennych sytuacjach. Dzięki ciągłym ewaluacjom oraz monitorowaniu postępów dziecka a także środowiska, w jakim przebywa, można prowadzić efektywne nauczanie komunikacji (rozumianej nie tylko jako biegłe opanowanie mowy!). Stosowane i opisywane przez zespół Moeller podejścia warto rozważyć także w polskich realiach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, które determinowane są przez sposób postrzegania wpływu głuchoty na życie człowieka.

Deprywacja językowa *versus* deprywacja słuchowa

Kluczowym zagadnieniem dla wprowadzania eklektycznego modelu kształcenia językowego GSS jest przekonanie środowiska rodzinnego, rehabilitacyjnego oraz edukacyjnego o pozytywnym znaczeniu komunikacji wizualno-przestrzennej we wczesnej interwencji. Niestety, często spotykane są opinie o szkodliwym wpływie języka migowego na rozwój dzieci słabosłyszących oraz traktowanie go jako gorszej, niepełnej formy komunikacji (por. Humphries i in. 2017). Taka sytuacja jest wynikiem długotrwałej dominacji w dyskursie surdopedagogicznym paradygmatu medycznego – postrzegającego głuchotę jako niepełnosprawność, a ograniczenie dostępu do bodźców dźwiękowych jako czynnik hamujący rozwój DGSS (deprywacja słuchowa). Nadrzędnym celem wspomagania rozwoju DGSS powinno być możliwe największe przybliżenie ich do sposobu funkcjonowania osób słyszących przez nauczanie posługiwania się mową oraz odbierania komunikatów przy użyciu wzroku (czytanie z ruchu ust) i resztek słuchu wspomaganych przy użyciu HA czy CI. Zgodnie z tym podejściem jedyną właściwą formą komunikowania się jest narodowy język foniczny, mimo tego że DGSS mają do niego utrudniony dostęp, a jego brak może doprowadzić do zaburzenia rozwoju psychicznego człowieka.

Od kiedy w dyskursie społecznym coraz większa stawała się grupa propagująca postrzeganie głuchoty jako czynnika kulturotwórczego, zaczęto zwracać uwagę na to, że

to nie ograniczony dostęp do bodźców dźwiękowych wpływa niekorzystnie na rozwój DGSS, lecz napotykaną przez nie od samego początku bariery językowe. Pierwszym środowiskiem socjalizacji człowieka są jego najbliżsi opiekunowie – najczęściej rodzice, zbudowane na podstawie trwałych i bezpiecznych relacji z nimi schematy zachowań dziecko przenosi na kolejne grupy społeczne. Kiedy dziecko głuche przychodzi na świat w rodzinie głuchej, to rodzice są w sposób naturalny przekazać mu pierwszy język o modalności wizualno-przestrzennej – dopasowują się oni do swojego dziecka i sposobu, w jaki postrzega ono świat. Na tej podstawie będzie ono przyswajało kolejny język, podobnie jak dzieci mówiące po polsku uczą się efektywnie języka angielskiego. Dochodzi tu do procesu inwersji: w trakcie przyswajania kolejnego języka kompetencje w pierwszym języku zostają zachowane.

Dziecko głuche urodzone w słyszącej rodzinie ma o wiele trudniejszą sytuację – mowa jest dla niego dostępna tylko w pewnym zakresie, na czym cierpi nie tylko jego rozwój poznawczy, ale również emocjonalno-społeczny. Relacje z rodzicami są niepełne, ich utrzymanie wymaga od dziecka wiele wysiłku, beztrioskie kontakty z opiekunami są zakłócane przez nacisk kładziony na rehabilitację słuchu i mowy oraz wszelkie „braki”, jakie dziecko wykazuje w tej materii. Negatywne skutki rozwojowe, jakich doświadcza dziecko głuche bądź słabosłyszące na skutek utrudnionej komunikacji z innymi ludźmi, opisywane są jako syndrom deprywacji językowej (Gulati 2019). Jest to powstający na skutek braku stałego dostępu do języka naturalnego w okresie kluczowym dla nabywania kompetencji komunikacyjnych zespół objawów, które obejmują m.in. obniżenie zdolności komunikacyjnych i poznawczych, trudności w regulacji emocji, izolację społeczną oraz niezdolność do utrzymania pracy i samodzielnego funkcjonowania (Gulati 2019; Hall i in. 2017). Należy mieć świadomość, że samo słyszenie, uzyskane przy wsparciu CI czy zaawansowanych HA, nie wpływa na komunikacyjny sukces dziecka. Niedostatki rozwoju poznawczego oraz kompetencji komunikacyjnych przed operacją wszczepienia implantu sprawiają, że słowa co prawda będą usłyszane, lecz pozostaną dla dziecka niezrozumiałe (zob. Szarkowski 2019).

Odwołując się do przytoczonych wyżej badań Moeller i jej zespołu, należy podkreślić, że czynnikiem wspierającym rozwój DGSS powinien być język migowy, który w zależności od potrzeb dziecka i przebiegu procesu edukacyjnego nie tylko wspomaga przyswajanie języka mówionego i przygotowuje do intensywnej (re)habilitacji słuchu po zabiegu implantacji, ale często stanowi dodatkowy zasób komunikacyjny, z którego dziecko – a później już dorosły – korzysta przez całe życie. Język migowy nie tyle pełni funkcje swoistej „protezy” komunikacyjnej, co umożliwia pełny, nieopóźniony rozwój poznawczy oraz zapewnia komfort w komunikacji, a tym samym poczucie bezpieczeństwa i pewność siebie w kontaktach z drugim człowiekiem. Co bardzo ważne, język migowy umożliwia także kontakt ze środowiskiem Głuchych, z którym DGSS często się utożsamiają ze względu na wspólnotę doświadczeń. Bowiem rośnie liczba DGSS wychowanych w języku mówionym, które później odszukują język migowy jako część swojej tożsamości (Knoors, Marschark 2012, 2014). Tak samo wiele osób z CI często trafia do społeczności Głuchych, gdy osiąga wiek dojrzewania i młodą dorosłość (Szarkowski 2019).

Mimo tego, że wprowadzenie języka migowego także w słyszących rodzinach wydaje się być słusznym elementem wczesnego wspomaganie rozwoju DGSS, to niestety ciągle brakuje systemowych rozwiązań, które zapewniłyby rodzicom łatwy dostęp do nauki języka migowego czy innych wizualnych form komunikacji⁵ oraz wsparcia terapeutycznego. Dodatkową trudność w procesie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka głuche stanowi fakt, że często jest ono objęte opieką wielu instytucji (fundacji, przychodni, szkół itp.) oraz specjalistów (psychologów, pedagogów, logopedów, rehabilitantów itp.), między którymi nie ma odpowiedniego przepływu informacji. W sytuacji takiego wielogłosu trudno jest wybrać optymalne rozwiązanie dla swojego dziecka oraz konsekwentnie wdrażać właściwą strategię komunikacyjną. Z powodu dychotomii poglądów wśród specjalistów rodzice dziecka głuche są często postawieni w trudnej sytuacji, w której muszą dokonać wyboru między językiem migowym a językiem mówionym czy między językiem migowym (PJM) a systemem językowo-migowym (SJM). Ta sytuacja nie tylko utrudnia im uzyskiwanie i przetwarzanie zrównoważonych informacji z różnych perspektyw – unikając w ten sposób jednokierunkowych podejść komunikacyjnych, ale również jest bardzo frustrująca, o czym dobitnie świadczą poniższe słowa (Kossowska 2017: 212):

W mojej drodze z językiem migowym zdarzały się chwile, gdy w myślach prosiłam dziecko, by wreszcie zaczęło mówić, bo miałam dość, z jednej strony, uwag specjalistów, negatywnie oceniających naszą decyzję o wyborze języka migowego jako sposobu komunikacji alternatywnej z dzieckiem, z drugiej strony zaś uwag osób, związanych ze środowiskiem języka migowego, także nagannie oceniających nasz wybór. Dlaczego? Bo według tych ostatnich uczyliśmy syna SJM, a nie PJM [...].

Wyważenie proporcji między komunikacją mówioną a miganą wymaga dalszych badań, bimodalna dwujęzyczność rodzaju migowo-mówionego wśród wielu dzieci z CI pełni jednak rolę remedium, jakie może być wykorzystywane w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju, by wspierając rodziny, zapewnić im jak najlepsze efekty rozwojowe DGSS w społeczeństwie zdominowanym przez słyszących (Tomaszewski 2018). Niemniej należy mieć świadomość, że metoda pracy musi być dostosowana do możliwości dziecka, środowiska, w jakim jest ono wychowywane, placówki edukacyjnej, w której będzie się kształciło i wielu innych czynników.

Podsumowanie

Paradoksem jest to, że przyspieszony rozwój technologii słuchowych (CI i HA) sprzyja kontynuacji uciążliwej doktryny o szkodliwości języka migowego i praktyce wstrzymywania go przed DGSS. Może to prowadzić do ograniczenia wczesnego dostępu do języka, zwiększając tym samym ryzyko, że DGSS w życiu dorosłym doświadczą trwałych

⁵ Na przykład system językowo-migowy (SJM), symultaniczna komunikacja, migowy typu pidżyn, alfabet palcowy czy fonogesty.

skutków deprywacji językowej (na których obecnie powinna skupić się diagnoza i leczenie). Dlatego zarówno domniemanie, że znaki migowe służą jako zbędny „dystraktor” dla DGSS (zob. Hill 2019) i że użycie języka migowego zanika, a jedynie język mówiony prowadzi do pożądanых efektów, jak i perswadowanie rodzicom, by nie używali znaków, gestów czy innych wizualnych środków dla swojego dziecka głuchego – zdają się być niefortunne, a wręcz nieetyczne. Wybór takiego podejścia może pociągać za sobą ryzyko zaniedbania językowego dziecka, niosącego dotkliwe skutki dla jego rozwoju (Humphries i in. 2016, Niedźwiecka, Tomaszewski, w przygotowaniu).

Są dwie rzeczy, których nie należy bagatelizować przy realizacji programów wczesnego wspomagania rozwoju DGSS, ponieważ uzasadniają one konieczność uwzględniania roli języka migowego czy innych wizualnych komponentów komunikacji w rozwoju DGSS. Pierwsza odnosi się do stopnia użyteczności technologii CI: nie ma gwarancji, że CI umożliwią dziecku głuchemu rozwój języka mówionego na wysokim poziomie (por. Szarkowski 2019), ponieważ oprócz DGSS, które dużo zyskują z technologii CI w procesie przyswajania języka mówionego, są też i takie, u których korzyści z CI są tak niewystarczające do nauki mowy, że muszą one bazować na bodźcach wizualnych stanowiących alternatywną drogę do opanowania języka. Wyraźnie pokazuje to, że dzieci głuche z CI *nie* staną się kiedyś osobami słyszącymi w pełnym znaczeniu tego słowa – pozostają dalej głuche (zwłaszcza wtedy, kiedy CI nie działają czy są wyłączone) lub do pewnego stopnia niedosłyszające czy słabosłyszające. Reasumując: CI nie są „lekarstwem na głuchotę”, a głusi z CI często postrzegają implanty raczej jako urządzenie poprawiające percepcję dźwięków niż jako urządzenie wyrównujące ubytek słuchu (Tomaszewski 2016).

Drugi ważny fakt, który należy podkreślić to to, że wzrok jest wykorzystywany do pozyskiwania wiedzy o świecie oraz do nauki języka przez wszystkie dzieci – niezależnie od ich poziomu słyszenia (Giezen i in. 2013). Co więcej – dzieci słyszące (!) polegają w dużym stopniu na informacjach wizualnych, by lepiej zrozumieć to, co słyszą (Teinonen i in. 2008). W przypadku DGSS wymagają one jeszcze w większym stopniu wizualnego dostępu do informacji, których mogą w pełni nie uzyskać za pośrednictwem słuchu. „Bez względu na to, czy mają aparaty słuchowe czy implanty ślimakowe, czy też niczego nie noszą, i czy głównie posługują się językiem migowym, czy mówionym – dostęp do świata doświadczeń zyskują poprzez wzrok i dotyk” (Marschark, Hauser 2012: 56).

Znajduje to potwierdzenie w badaniach Davidsona i in. (2014) nad rozwojem językowym amerykańskich dzieci głuchych z CI rodziców głuchych w warunkach bimodalnej dwujęzyczności: oceny wyników w języku angielskim były porównywalne z oceną dzieci słyszących. Na podstawie tej obserwacji badacze doszli do konkluzji, że zapewnienie wczesnej ekspozycji na naturalny język migowy małym dzieciom otrzymującym CI później może zapobiec niektórym negatywnym skutkom obserwowanym u tych dzieci, które otrzymują CI bez wcześniejszej ekspozycji językowej. Sugeruje to, że maksymalizacja wczesnego dostępu DGSS do języka nie tylko drogą słuchową (słowa), ale też wizualną (znaki, gesty) jest kluczowa dla zminimalizowania ryzyka opóźnienia rozwoju. Dlatego, jak pisze Szarkowski, „optymalizacja dostępu do języka, poprzez włączenie języka

migowego jako »narzędzia w skrzynce narzędziowej« to prawdopodobnie najlepsza polisa ubezpieczeniowa, wspierająca optymalne funkcjonowanie językowe, poznawcze i psychiczne dzieci korzystających z implantów” (Szarkowski 2019: 258).

Literatura

- Giezen M.R., Baker A.E., Escudero P. (2013), *Relationships between spoken word and sign processing in children with cochlear implants*. „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, 19 (1).
- Gulati S. (2019), *Language Deprivation Syndrome*. W: N.S. Glickman, W. Hall (red.), *Language deprivation and deaf mental health*. New York and London, Routledge.
- Hall W.C., Levin L.L., Anderson M.L. (2017), *Language deprivation syndrome: a possible neurodevelopmental disorder with sociocultural origins*. „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 52 (6).
- Hill C. (2019), *Foreword*. W: N.S. Glickman, W. Hall (red.), *Language deprivation and deaf mental health*. New York and London, Routledge.
- Humphries T., Kushalnagar R., Mathur G., Napoli D.J., Padden C., Rathmann C., Smith S. (2017), *Discourses of prejudice in the professions: the case of sign languages*. „Journal of Medical Ethics”, 43 (9).
- Knors H., Marschark M. (2012), *Language planning for the 21st century: Revisiting bilingual language policy for deaf children*. „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, 17 (3).
- Knors H., Marschark M. (2014), *Teaching Deaf Learners. Psychological and Developmental Foundations*. New York, Oxford University Press.
- Kossowska A. (2017), *Język migowy w rodzinie słyszącej – z doświadczeń własnych*. „Forum Oświatowe”, 30 (2).
- Marschark M., Hauser P. (2012), *How deaf children learn. What parents and teachers need to know*. New York, Oxford University Press.
- Moeller M.P. (2006), *Use of sign with children who have cochlear implants: A diverse set of approaches*. „Lound & Clear!”, 2.
- Niedźwiecka A., Tomaszewski P., *Deprywacja językowa jako forma zaniedbania dziecka głuchego (w przygotowaniu)*.
- Pietrzak W. (1992), *Język migowy dla pedagogów*. Warszawa, WSiP.
- Pittman P., Sass-Lehrer M., Abrams S.R. (2016), *Sign language, sign systems, and other visual modalities*. W: M.P. Moeller, D.J. Ertmer, C. Stoel-Gammon (red.), *Promoting language and literacy in children who are deaf or hard of hearing*. Baltimore, MD, Brookes Publishing.
- Teinonen T., Aslin R.N., Alku P., Csibra G. (2008), *Visual speech contributes to phonetic learning in 6-month-old infants*. „Cognition”, 108 (3).
- Tomaszewski P. (2016), *Paradoks edukacji głuchych: bimodalna dwujęzyczność jako eklektyczne (?) rozwiązanie*. Referat wygłoszony na Ogólnopolskiej Konferencji „Głusi mają głos V”. Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 3–4.09.2016.
- Tomaszewski P. (2018), *Implanty ślimakowe – etyka a wybór*. „Kultura-Społeczeństwo-Edukacja”, 2 (14).
- Tomaszewski P., Moroń E. (2018), *Quo vadimus? Dynamika paradygmatów głuchoty we współczesnym świecie*. W: J. Kowalska, R. Dziurla, K. Bargiel-Matuszewicz (red.), *Kultura, rehabilitacja i zdrowie*. Warszawa, Wydawnictwa UW.

- Tomaszewski P., Krzysztofiak P., Moroń E. (2019), *From sign language to spoken language? A new discourse of language development in deaf and hard of hearing children*. „Psychology of Language and Communication”, 23 (1).
- Radziszewska-Konopka M. (2002), *Program powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków w Polsce organizowany przez fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy*. „Audiofonologia”, t. 21.
- Rinaldi P., Caselli M.C. (2014), *Language development in a bimodal bilingual child with cochlear implant: A longitudinal study*. „Bilingualism: Language and Cognition”, 17 (4).
- Szarkowski A. (2019), *Language development in children with cochlear implants: Possibilities and challenges*. W: N.S. Glickman, W.C. Hall (red.), *Language deprivation and deaf mental health*. New York and London, Routledge.