



Marzenna Zaorska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Nauk Społecznych, e-mail: mzaorska@poczta.onet.pl

Tyflogopedia jako subdyscyplina szczegółowa logopedii oraz element jej współczesnej koncepcji strukturalnej

<http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2015.066>

Speech Therapy of Visually Impaired People as a Sub-discipline of Detailed Speech Therapy and Part of its Modern Structural Concept

Abstract

The lack or a serious impairment of sight, especially if present from the moment of birth or early childhood can, but not necessarily, handicap, limit and sometimes even disable a person's activities in life. It can complicate physical, mental and social development and demands a purposed use of other senses in the process of cognition of the surrounding reality and gaining essential information. Sight disability shows its specificity also in the area of obtaining speech skills, using words and non-verbal components of communication during interpersonal relations. What results from those reasons is the need to include people with a certain type of disability, that have difficulties with speaking, in a program of special speech therapy aid aimed at removal or minimizing the unveiled problems. The article highlights chosen disabilities in the area of communicational functioning of people with sight disability and signalizes certain nuance of therapeutic actions.

Key words: blindness, sight impairment, child with blindness, child with weak sight, speech development, speech therapy, speech therapy of visually impaired people

Wprowadzenie

Logopedia polska jest jedną z tych subdyscyplin wiedzy, gdzie szczególnie wyraźnie i z niezwykłą konsekwencją przeplatają się wątki teoretyczne, praktyczne, sub-, multi-, interdyscyplinarne. Znaczące jest również ukierunkowanie naukowej oraz praktycznej eksploracji na zadanie nadrzędne, którym jest dbałość o prawidłową mowę, rozwój mowy, kształtowanie umiejętności operowania (we wszelkich aspektach) słowem i komunikacją (zasadniczo komunikacją językową), uwzględniające piękno języka ojczystego. Stąd podstawowym celem logopedii polskiej jako dziedziny teoretycznej i praktycznej jest maksymalna koncentracja na poprawności językowej i kompetencjach komunikacyjnych, przedmiotem zainteresowań zaś – działanie, aby poziom możliwie maksymalnej poprawności mowy i wymowy oraz piękna mowy uzyskiwać, promować w społeczeństwie. Podane założenia koncepcyjne przyświecały nie tylko wybitnym, bardziej współczesnym autorytetom, zajmującym się zagadnieniami polskiej logopedii, ale także autorytetom tworzącym jej narodowe podstawy (Zaorska, 2013, s. 199).

Współczesna logopedia polska należy do stosunkowo młodych subdyscyplin wiedzy. Początki działań teoretycznych w zakresie logopedii datowane są na lata 60. XX wieku i wiążą się z działalnością wybitnego uczonego, uznanego za twórcę logopedii w naszym kraju – prof. Leona Kaczmarka z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Z inicjatywy L. Kaczmarka, od roku 1960 ukazuje się czasopismo „Logopedia”, a od roku 1963 funkcjonuje Polskie Towarzystwo Logopedyczne z siedzibą władz w Lublinie. Niewątpliwą zasługą L. Kaczmarka jest także zainicjowanie podyplomowego kształcenia logopedów. Pierwsi absolwenci studium logopedycznego otrzymali dyplomy uprawniające do wykonywania zawodu logopedy w roku 1972. Kolejne takie studium powstało w roku 1972 na Uniwersytecie Warszawskim (Styczek, 1983, s. 19).

Źródła tradycji logopedycznej w Polsce (praktyki i teorii) są jednak o wiele starsze. Należy ich upatrywać w działalności naukowej i terapeutycznej lekarza, surdopedagoga Jana Sistrzyńskiego, który w latach 1817–1821 był bliskim współpracownikiem Jakuba Falkowskiego (założyciela formalnie uznawanej za pierwszą w Polsce szkoły specjalnej dla niesłyszących dzieci – Instytutu Głuchoniemych w Warszawie). O ile J. Sistrzyński w kształceniu uczniów z wadą słuchu preferował metodę werbalną, o tyle J. Falkowski skłaniał się ku metodzie manualnej (języka migowego). Różnice koncepcyjne oraz metodyczne zmusiły J. Sistrzyńskiego do rezygnacji z pracy w Instytucie oraz powrotu

do zawodu lekarskiego. Siostrzyński pozostawił po sobie znakomite, nieopublikowane dzieło „Teoria i mechanizm mowy” (pisownia pierwotna: „Teoryja i Mechanizm Mowy”) (Trębicka-Postrzygacz, 2007, s. 115).

W roku 1900 Władysław Ołtuszewski, również lekarz, podjął nieudane w efekcie próby utworzenia specjalnych klas dla dzieci jękających się w szkołach warszawskich (jest autorem opracowania pt. *Szkic nauki o mowie i jej zaburzeniach*). Następnie, w latach 1930–1935 badania mowy i głosu dzieci ze szkół wileńskich realizował kolejny lekarz – Benedykt Dylewski (Styczek, 1983, s. 17). Zasłynął on przede wszystkim jako inicjator oraz organizator kształcenia specjalistów z zakresu logopedii, których określał mianem fonologów. Dylewski stał na stanowisku, że terapia logopedyczna zasadniczo powinna być prowadzona w specjalnych klasach na terenie szkół podstawowych i realizowana przez odpowiednio przygotowanych nauczycieli lub w szkołach podstawowych po lekcjach. Za najmniej efektywną uważał terapię logopedyczną zlokalizowaną w specjalistycznych poradniach. Jeśli zaś chodzi o dzieci z poważnymi wadami i/lub zaburzeniami mowy to, zdaniem B. Dylewskiego, winny być one objęte opieką centralnej szkolnej przychodni fonologicznej.

Od początku swojego istnienia logopedia polska podkreślała obecność współzależności między szeroko ujętymi zaburzeniami mowy a rozwojem psychospołecznym człowieka, szczególnie dzieci i młodzieży. Jest więc sprawą oczywistą, że zaburzenia mowy, zależnie od ich rodzaju, etiologii, doświadczanych konsekwencji oraz ewentualnego zagrożenia nierealizowaniem osobistych planów życiowych, zawodowych i społecznych, komplikują funkcjonowanie, wywołują trudności w wypełnianiu przypisanych ról osobistych oraz kulturowych (np. roli ucznia, pracownika, męża, żony, syna, córki), w nabywaniu wiedzy, spełnianiu i percepcji siebie, w dochodzeniu do stanu transcendencji i satysfakcji z własnej egzystencji w obszarze jakości życia materialnego oraz duchowego (Zaorska, 2013, s. 200).

Czasy współczesne unaocniły inne, niespotykane wcześniej zadania, wynikające z aktualnego poziomu rozwoju cywilizacyjnego, nowych kryteriów decydujących o powodzeniu w życiu i uzyskiwaniu pozytywnej oceny ze strony innych ludzi. Ich istota polega na zabieganiu o możliwie najwyższy poziom jakości życia, zasadniczo w aspekcie wartości ekonomiczno-konsumpcyjnych. To powoduje, że współczesny człowiek powinien być osobą dyspozycyjną, mobilną, sprawną psychofizycznie, wykształconą, nienagannie operującą językiem ojczystym i dodatkowo władająca kilkoma językami obcymi. Także wysportowaną, o miłej aparycji i nienagannym wyglądem fizycznym. Takim wymogom nie zawsze są w stanie sprostać osoby z różnymi problemami rozwojowymi,

w tym osoby doświadczające konsekwencji zaburzeń mowy. Powstaje więc w tym miejscu pytanie o skalę trudności związanych z mową i wymową w generalnej populacji ludzkiej, a szczególnie wśród dzieci i młodzieży, to pytanie nie tylko o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, ale również profilaktycznym. Niestety, dane na temat skali rozpowszechnienia analizowanych problemów są wysoce niepokojące. Okazuje się, że wśród dzieci objętych edukacją w oddziałach przedszkolnych zaburzenia mowy mogą być obecne nawet u około 80%. Na poziomie klas I–III u od 50 do 60–70%; klas IV–VI – 18–20% (ibidem). Dlatego też badania naukowe oraz wydedukowane na ich podstawie rozwiązania praktyczne warto przyjmować z należytą powagą, mogą bowiem przyczynić się do ograniczenia skutków zaburzeń mowy w perspektywie osobowej, indywidualnej i ogólnospołecznej oraz do poprawy jakości i efektywności działań terapeutycznych.

Dlatego problematyka rozwoju i doskonalenia mowy stanowi znaczący i aktualny problem współczesnej logopedii, zarówno światowej, jak i polskiej. We współczesnym świecie przecież wyjątkowego znaczenia nabierają kwestie dotyczące mowy artykułowanej oraz kompetencji komunikacyjnych. A korelacje pomiędzy rozwojem mowy a rozwojem psychofizycznym, społecznym, moralnym oraz sukcesem edukacyjnym człowieka lokują dyskurs na temat mowy w pozycji uprzywilejowanej z teoretycznego i praktycznego punktu widzenia.

Podjmując się próby wskazania wybranych tendencji rozwojowych polskiej logopedii, można zasygnalizować niektóre z nich w odniesieniu do trzech obszarów jej zainteresowań teoretycznych i praktycznych. Pierwszym obszarem jest logopedia teoretyczna, drugim – logopedia teoretyczno-praktyczna, trzecim – logopedia praktyczna. W obszarze teoretycznym można mówić o wyzwaniach o charakterze strukturalnym, historycznym i terminologiczno-klasyfikacyjnym. W obszarze teoretyczno-praktycznym: profilaktyczno-diagnostyczno-terapeutycznych, prawno-organizacyjnych, edukacyjno-specjalizacyjnych i edukacyjno-promocyjnych. Natomiast w obszarze praktycznym: materialno-działaniowych, współdziałaniowych i samoocenowo-etycznych (ibidem, s. 201).

Jeśli chodzi o pierwszy obszar, to zasadna jest potrzeba uporządkowania, a nawet rekonstrukcji struktury logopedii, szczególnie w aspekcie jej udoskonalenia, dostosowania do wymogów współczesności, osiągnięć nauki i praktyki, dopełnienia o nowe elementy (np. logopedia biznesu, logopedia mediów czy logopedie adresowane do konkretnego typu problemów rozwojowo-funkcjonalnych człowieka, np. tyflogopedia, o której bardziej szczegółowo będzie mowa w kolejnym elemencie danego opracowania, logopedia osób z autyzmem, niepełnosprawnością sprzężoną, z FAS – alkoholowym zespołem płodowym)

(ibidem, s. 201–202). Tradycyjna struktura polskiej logopedii, przyjęta przez ośrodek lubelski w roku 1975, obejmowała następujące działy:

1. Teoria mowy (stanowiąca część teorii informacji i komunikacji).
2. Embriologia mowy, czyli proces kształtowanie się mowy w ontogenezie.
3. Rozwój mowy u osobników z upośledzonym słuchem.
4. Porozumiewanie się głuchociemnych.
5. Percepcja wypowiedzi słownych (słuchowa, wzrokowa).
6. Fonetyka artykulacyjna i akustyczna.
7. Patologia mowy.
8. Ekspresja słowna (potoczna, publiczna, artystyczna) (G. Demelowa, 1979, s. 3).

Kwestie historyczne dotyczą potrzeby realizacji badań naukowych nad historycznym dorobkiem światowej i polskiej logopedii, jego wzajemnych relacji i powiązań oraz wpływu na funkcjonowanie logopedii współczesnej.

Kwestie terminologiczno-klasyfikacyjne egzemplifikują się zasadniczo: w poszukiwaniu współczesnej interpretacji podstawowych terminów, którymi operuje logopedia teoretyczna i praktyczna (np. wada mowy, zaburzenie mowy, wada wymowy, zaburzenie wymowy, sprawność językowa, kompetencje komunikacyjne), w dostosowaniu terminologii stosowanej w polskiej logopedii do terminologii światowej (unifikacja), we wprowadzeniu klasyfikacji problemów logopedycznych, które umożliwiałyby nie tylko uwzględnienie określonych parametrów klasyfikowania (np. etiologiczny, objawowy, rozwojowy, terapeutyczny), ale również służyły trafnej diagnostyce, doborowi efektywnych strategii terapeutyczno-stymulacyjnych (Zaorska, 2013, s. 202–203).

Drugi obszar poszukiwań badawczych oraz naukowego dyskursu koncentruje się zarówno na działaniach teoretycznych, jak i praktycznych. Włącza zagadnienia profilaktyczno-diagnostyczno-terapeutyczne, prawno-organizacyjne, edukacyjno-specjalizacyjne i edukacyjno-promocyjne.

Zagadnienia profilaktyczno-diagnostyczno-terapeutyczne skupiają się na poszukiwaniu nowych, nowatorskich, rozwiązań i metod zapobiegania różnorodnym problemom komunikacyjnym, zapobiegania rozwojowi i pogłębianiu się trudności, które są już obecne, oraz zapobiegania rozwojowi problemów komunikacyjnych, które są już obecne, i to w postaci zaawansowanej. Ponadto na poszukiwanie i opracowywanie narzędzi diagnostycznych pozwalających na identyfikację rzeczywistych potrzeb komunikacyjnych i rozwojowych, nowych strategii oraz metod postępowania terapeutycznego, adekwatnych do indywidualnych potrzeb i możliwości osoby wymagającej pomocy logopedycznej.

Również na krytyczne podejście do metod terapii opracowanych w innych państwach i racjonalizację ich wprowadzania na rynek polski (ibidem, 2013, s. 203).

Zagadnienia prawno-organizacyjne dotyczą starań skoncentrowanych na prawnym unormowaniu statusu pomocy i terapii logopedycznej w strukturach systemu edukacji i opieki zdrowotnej. Chodzi tu między innymi o Ustawę z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty z późn. zm. (Dz. U. 1991 nr 95, poz. 42) oraz o Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późn. zm. (Dz. U. 2004 nr 210, poz. 2135). Dodatkowo unormowania statusu logopedy i wymogów co do stawianych przed nim zadań (M. Zaorska, 2012) – Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli (Dz. U. 2009 nr 50, poz. 400) oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2013, poz. 532).

Tyflologopedia – ugruntowanie koncepcyjne oraz teoretyczno-praktyczne

Rozwój mowy znajduje się w ścisłym i bezpośrednim związku z rozwojem psychicznym człowieka, chociaż istnieją też inne uwarunkowania, które (współ) decydują o rozwoju mowy: właściwie zbudowane i ukształtowane narządy mowy, prawidłowo funkcjonujący narząd słuchu, nieuszkodzony ośrodkowy układ nerwowy, dobry stan zdrowia, odpowiedni poziom funkcji intelektualnych, czynniki środowiskowe. Stąd niewidzenie czy niedowidzenie nie stanowi szczególnie poważnej przeszkody w prawidłowym rozwoju i opanowaniu mowy, zarówno w kontekście fonetycznym, jak i gramatycznym czy leksykalnym (Sękowska, 1974, 1981, 1998; Landau, 1997; Zaorska, 2015a, b).

Zrealizowane badania naukowe podają jednak pewne argumenty wskazujące na określoną specyfikę nabywania mowy u dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. To między innymi opóźnienie w nabywaniu mowy, nierównomierne tempo rozwoju mowy, nieprawidłowości dotyczące zasobu słownictwa, operowanie semantyczną strukturą języka, formalizacja wypowiedzi, obecność zasobu słów niewiążących się z konkretami o stosunkowo wysokim wskaźniku cech abstrakcyjnych (Sołncewa, 2006).

Zdaniem Lwa S. Wygotskiego (1995, s. 32):

w żadnym typie niepełnosprawności werbalizm i pustosłowie nie zakorzeniło się tak głęboko, jak w przypadku osób niewidomych. Niewidomy jest informowany o wszystkim w formie już zinterpretowanej przez innych. Wszystko jest jemu tłumaczone, opowiadane. Jednakże słowa są dla niewidomego mało konkretne. Doświadczenie takiej osoby bowiem jest budowane za pomocą innych, zastępczych dróg pozyskiwania informacji. Uzyskując wiedzę w postaci słownej, niewidomy traci umiejętność realizacji działań na rzecz poszerzania swojej wiedzy za przyczyną aktywności własnej.

U dzieci niewidomych zaburzenia wymowy (mogilalia, paralalia, dyslalia właściwa) oraz głosu (problemy z modulacją wysokością głosu, głośnie mówienie) występują 4–5-krotnie częściej w porównaniu z dziećmi widzącymi (Miner, 1963). Inne, badania, odniesione zarówno do dzieci niewidzących jak i niedowidzących (Jermako, Jakunin, 2000, s. 124), podają dwukrotnie częstszą obecność zaburzeń wymowy w omawianej grupie dzieci, szczególnie sygmatyzmu, lambdacyzmu i rotacyzmu (Zaorska, 2015a).

W literaturze naukowej znajdujemy również dowody na obecność opóźnienia w rozwoju mowy u dzieci niewidzących, przede wszystkim na początkowych etapach rozwoju mowy (Wołkowa, 1989; Sołncewa, 2006). Tadeusz Gałkowski (1975, s. 8; cyt. za: Majewski, 1982, s. 117) sygnalizuje, że u niewidomych niemowląt występują prawdopodobne opóźnienia w rozwoju mowy, które mogą być spowodowane tym, że słyszany przez dziecko wypowiedziom, pochodzącym od rodziców, rodzeństwa, innych domowników, nie towarzyszą obrazy wzrokowe ruchów oraz układów ust podczas artykulacji. Dlatego dziecko niewidome nie ma wzorców wokalizacji, wymaganego ułożenia poszczególnych elementów aparatu artykulacyjnego, wzrokowej stymulacji do mówienia, nie wie, w jaki sposób produkuje się dźwięki mowy (Majewski, 2002, s. 114). Gunilla Preisler (1997) pisze o tym, że dzieci niewidome zaczynają mówić dopiero w wieku osiemnastu miesięcy, a zdarzają się nawet kilkuletnie opóźnienia w rozwoju mowy. Przyczyną danego stanu rzeczy jest brak możliwości obserwacji osób mówiących i ich naśladowania. Kiedy jednak dziecko zacznie mówić, wówczas bardzo szybko nadrabia zaległości i osiąga poziom adekwatny dla swojego wieku. Warunkiem jest możliwość rozmawiania z rodzicami, rodzeństwem, innymi osobami, a zwłaszcza z innymi dziećmi (Zaorska, 2015a).

Badania naukowe zrealizowane przez Natalię S. Kostjuczek (1955, s. 67) dowodzą, że u dzieci widzących w wieku wczesnoszkolnym w porównaniu

z dziećmi niewidomymi rzadziej mamy do czynienia z sytuacją błędnej identyfikacji słowa z jego treścią. Zasób słownikowy niewidzących uczniów klas młodszych szkoły podstawowej przewyższa zasób słownictwa ich widzących rówieśników. W obszarze rozwoju językowego dzieci niewidome nie przejawiają większych trudności w nauczaniu się rzeczowników, kojarzeniu nazwy z przedmiotem (Landau, 1997). Problemy pojawiają się przy opanowaniu czasowników oznaczających bardziej złożone czynności, w tym czynności identyfikowane przez kanał wzrokowy. Zbliżone wnioski przedstawia Gunilla Preisler (1997): dzieci niewidome mają dość duży zasób słów reprezentujących kategorię rzeczowników, znacznie mniejszy czasowników, co jest pochodną trudnościami w obserwowaniu i (z)rozumieniu bardziej skomplikowanych czynności. Tadeusz Gałkowski (1975) do opisanego wykazu wymienionych trudności dodaje problemy w rozumieniu przez dzieci niewidome w wieku przedszkolnym niektórych symboli słownych (pojęć), którym odpowiadają wyobrażenia wzrokowe, odnoszące się do odległości, wielkości czy stosunków przestrzennych (Zaorska, 2015a).

Zofia Sękowska (1974) stwierdza, że u dzieci niewidomych i widzących w wieku 8–10 lat: 1) pod względem częstotliwości używania różnych części mowy (rzeczowników, czasowników, przymiotników) nie ma większych różnic pomiędzy obiema grupami dzieci; 2) dzieci niewidome dysponują większym zasobem słów, 3) dzieci z obydwu grup jasno i logicznie formułują swe myśli, co świadczy o tym, że rozumieją znaczenie używanych słów.

Pomimo faktu, że niedowidzenie, a nawet niewidzenie nie powoduje poważniejszych zaburzeń w rozwoju mowy, to jednak dzieci z niepełnosprawnością wzrokową, a szczególnie niewidome, wymagają określonej pracy nad rozwojem mowy. Wynika to zasadniczo z tego, że u dzieci z zaburzeniami widzenia mowa spełnia funkcję kompensacyjną, która polega na intensywniejszym i częstszym wykorzystaniu jej funkcji poznawczej. Jest to możliwe dopiero u dzieci od około 12 roku życia, kiedy względnie dobrze opanują język i kiedy jest możliwe dokładniejsze przekazywanie treści drogą werbalną (Majewski, 2002, s. 115)

Pracując nad rozwojem języka u dzieci niewidomych w pierwszych latach ich życia, należy pamiętać, aby pojawiającym się u nich nowym słowom i wyrażeniom zawsze towarzyszyło w możliwym zakresie bezpośrednio sensoryczne doświadczenie. Jeśli dziecko uczy się nazwy określonego przedmiotu, powinno równocześnie mieć możliwość dotykowego jego poznania (Zaorska, 2015a). Również do zadań rodziców należy słowne objaśnianie danego przedmiotu czy zjawiska. Słowne objaśnienia można stosować już wobec dziecka

w wieku przedszkolnym (Preisler, 1997). Oczywiście dobór słów i forma objasnień powinny być dostosowane do poziomu rozwoju dziecka.

Ważnym zadaniem rozwojowym jest opanowanie przez dziecko niewidome umiejętności rozmawiania. Susan L. Recchia (1997) stwierdza, że dzieci niewidome na ogół same nie inicjują rozmowy i nie potrafią rozmawiać, tzn. zachowywać pewnej kolejności wypowiedzi, a powinny to czynić już od wieku przedszkolnego. Rodzice bowiem zwracają mało uwagi na rozmowę z dzieckiem i nie uczą go rozmawiania ze sobą, innymi dziećmi, osobami dorosłymi. Dlatego danej kwestii należy poświęcić dużo miejsca, po to, by dziecko niewidome nie tylko nauczyło się rozmawiać, lecz także pokonało bariery emocjonalne, które mogą ograniczać obszar komunikacji międzyludzkiej (nieśmiałość, lęk przed powiedzeniem czegoś niewłaściwego) (Zaorska, 2015a).

Analizując zagadnienie komunikacji osób z zaburzeniami widzenia, nie sposób pominąć problemu operowania niewerbalnymi komponentami aktu komunikacyjnego, wyrazami mimicznymi, gestami i pozycją ciała. Chodzi tu o dostosowanie przedstawionych komponentów do sytuacji i tematyki realizowanych relacji interpersonalnych (M. Zaorska, 2015b). Wyniki badań naukowych sygnalizują, że niewidzący oraz słabo widzący nie widzą lub widzą bardzo słabo gesty rozmówcy, nie mogą ich właściwie zinterpretować, adekwatnie orientować się w kwestii niuansów, kontekstu treści rozmowy, stosunku rozmówcy do siebie i treści rozmowy. Nie mogą właściwie zastosować niewerbalnych komponentów komunikacji, osoba z niepełnosprawnością wzrokową w akcie komunikacyjnym nie przekazuje partnerowi dodatkowych informacji o swoim stosunku dyskutowanych spraw (Sołncewa, 2006, s. 110–111).

Z badań Galiny W. Grigorjewej (1998, s. 76–87) wynika, że dzieci słabo widzące w wieku przedszkolnym potrafią stosować pojedyncze gesty adekwatnie do tematyki sytuacji komunikacyjnej, nie potrafią jednak wykorzystać kilku gestów jednocześnie, kiedy kontekst relacji komunikacyjnej tego wymaga. Obecna jest 92% dominacja opisu słownego, kiedy gesty mogłyby być zastosowane oraz stosowanie gestów nie w pełni korespondujących z tradycją socjokulturową. Wyobrażenia o gestykulacji są u dzieci skorelowane z sytuacjami, w których najczęściej są używane, a to przenosi się na proces komunikacji, powoduje trudności w rozumieniu innych ludzi, ich wypowiedzi i towarzyszących wypowiedziom intencji, ogranicza zakres relacji interpersonalnych, komplikuje aktywny udział w komunikacji (Zaorska, 2015a).

Uszkodzenie wzroku ogranicza, a nawet uniemożliwia naśladowanie wyrazów mimicznych, pantomimicznych i intonacji, komplikuje korzystanie z niewerbalnych środków komunikacji, którymi posługują się osoby widzące,

interpretację stanu emocjonalnego rozmówcy i stosunku rozmówcy do osoby niepełnosprawnej wzrokowo i jej wypowiedzi. Taka sytuacja wymaga działań specjalistycznych o charakterze terapeutycznym (Zaorska, 1996, 1997).

W wychowaniu i edukacji dzieci niewidzących pojawia się pytanie, czy należy dzieci uczyć języka, którym posługują się ludzie widzący, czy uczyć posługiwania się określeniami odnoszącymi się do wrażeń wzrokowych. Odpowiadając na to pytanie watro podkreślić, że dzieci niewidome muszą być przygotowywane do życia wśród osób widzących, dlatego powinny porozumiewać się językiem, jakim posługuje się ich środowisko (Tonkovic, 1978). Dziecko może więc używać określenia „widzę” w relacji do poznania dotykowego, używać takich określeń jak: zielona trawa, błękitna woda, niebieskie niebo, czerwona krew, żółte słońce (Zaorska, 2015a).

Na podstawie powyższych informacji można powiedzieć, że specyfika terapii logopedycznej z dzieckiem mającym poważne zaburzenie widzenia polega przede wszystkim na wykorzystaniu pozostałych zmysłów w czasie realizowanych ćwiczeń logopedycznych, usprawniających motorykę aparatu artykulacyjnego, funkcję oddechową, fonacyjną, poszerzających zasób słownictwa czy doskonalących umiejętność wypowiedzi pod kątem stylistycznym i gramatycznym, oraz na skoordynowaniu informacji dostarczanych pozostałymi zmysłami, rozwijaniu umiejętności poznania polisensorycznego (Zaorska, 2015b). Równocześnie konstruuje i potwierdza argument na rzecz potrzeby wyodrębnienia w strukturze logopedii działu zajmującego się kwestiami mowy i komunikacji osób (dzieci, młodzieży, ewentualnie osób dorosłych) doświadczających konsekwencji niepełnosprawności wzrokowej.

Podsumowanie

Zdaniem Tadeusza Majewskiego (2002, s. 70–71) ludzie widzący wyobrażają sobie wiele (obrazów) przedmiotów, zjawisk, ludzi, miast i innych terenów, z którymi się nigdy bezpośrednio nie zetknęli, lecz o których słyszeli lub czytali. Potrafią o nich rozmawiać z innymi i poprawnie stosować odnoszące się do nich określenia. Człowiek bowiem zdobywa wiedzę nie tylko dzięki zmysłom, ale również dzięki poznawczej funkcji mowy, językowi (Zaorska, 2015a). Tożsama sytuacja istnieje w przypadku osób niewidomych i słabo widzących z tą różnicą, że wymaga spotęgowanego udziału pozostałych zmysłów w kompensowaniu braków związanych z zaburzeniami wzroku oraz wykorzystanie specjalnej terapii logopedycznej, jeśli zachodzi taka potrzeba, terapii tyflogopedycznej.

Bibliografia

- Demelowa G. (1979), *Elementy logopedii*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Jermakow W. P., Jakunin G. A. (2000), *Osnowy tyflopädagogiki*, Włodos, Moskwa [Ермаков В. П., Якунин Г. А. (2000). *Основы тифлопедagogики*, Владос, Москва].
- Galkowski T. (1975), *Trudności rozwojowe u dzieci niewidomych w okresie niemowlęcym*, „Przegląd Tyflogiczny”, nr 1/3.
- Grigorjewa G. W. (1998), *Osobiennostiowladienja niewerbálnymi sredstwamiobszczendadoszkónikami s naruszenjamizrenja*, „Defektologja”, nr 5, s. 76–87 [Григорьева Г. В. (1998), *Особенности овладения невербальными средствами общения дошкольниками с нарушениями зрения*, „Дефектология”, № 5, с. 76–87].
- Kostjuczek N. S. (1955), *Srawnitelnojeissledowanijesłowarnogo zapasa u slepych i zrzaczichdetejmladszegoszkolnogowozrosta*, w: *Tezisy dokłada naucznojsessjii po defektologii. Sekcja tiflopädagogiki*, APN RSFSR, Moskwa, s. 67 [Костючек Н. С. (1955), *Сравнительное исследование словарного запаса у слепых и зрячих детей младшего школьного возраста*. В: *Тезисы доклада научной сессии по дефектологии. Секция тифлопедagogики*, АПН РСФСР, Москва, с. 67].
- Landau B. (1997), *Language and experience in blind children*, w: *Blindness and Psychological Development in Young Children*, V. Lewis, G. M. Collis (eds.), British Psychological Society, Leicester.
- Majewski T. (1983), *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, PWN, Warszawa.
- Majewski T. (2002), *Tyflopsychologia rozwojowa: psychologia dzieci niewidomych i słabo widzących*, Polski Związek Niewidomych, Warszawa.
- Miner L. A. (1963), *Study of the incidence of speech deviation among visually handicapped children*, „New Outlook for The Blind”, vol. 57, s. 10–14.
- Preisler G. (1997), *Social and Emotional Development of Blind Children: A Longitudinal Study*, w: *Blindness and Psychological Development in Young Children*, Vicky Lewis and Glyn M. Collis. British Psychological Society, Leicester, s. 117–137.
- Recchia S. L. (1997). *Establishing intersubjective experience: developmental challenges for young children with congenital blindness and autism and their caregivers*. In: *Blindness and Psychological Development in Young Children*, V. Lewis, G.M. Collis (eds.), British Psychological Society, Leicester, s. 116-129.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczególnych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków,

- w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli, Dz. U. 2009 nr 50, poz. 400.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz. U. 2013, poz. 532.
- Sękowska Z. (1974), *Kształcenie dzieci niewidomych*, PWN, Warszawa.
- Sękowska Z. (1981), *Tyflopedagogika*, PWN, Warszawa.
- Sękowska Z. (1998), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Со́лнцева Л. И. (2006), *Психологядетей с нарушениями зрения*, Классикс Стйл, Москва [Солнцева Л.И. (2006), *Психология детей с нарушениями зрения*, КлассиксСтиль, Москва].
- Styczek I. (1983), *Logopedia*, PWN, Warszawa.
- Tonkovic F. (1978), *Developing Languag Expression*, w: *Unseresblindes Kind*, KE SRPN, Lipsk.
- Trębicka-Postrzygacz B. (2007), Instytucje kształcenia i wychowania dzieci niesłyszących na ziemiach polskich w latach 1817–1939, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin (nieopublikowana rozprawa doktorska).
- Wołkova Ł.S. (1989), *Logopedija*, Własos, Moskwa [Волкова Л.С. (1989), *Логопедия*, Владос, Москва].
- Wygotski L.S. (1995), *Кпсихологиипедagogikedetskoidedefektiwnosti*, w: L.S. Wygotski, *Problemydefektologii*, Proswieszczeniye, Moskwa [Выготский Л.С. (1995), *К психологии и педагогике детской дефективности*. В: Выготский Л.С. (1995), *Проблемы дефектологии*, Просвещение, Москва].
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz. U. 1991 nr 95, poz. 42 (z późn. zm).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004 nr 210, poz. 2135 (z późn. zm).
- Zaorska M. (2015a), *Specyfika rozwoju mowy oraz ukierunkowania terapii logopedycznej dzieci niewidzących i słabo widzących*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń (w druku).
- Zaorska M. (2015b), *Istota i szczególność zaburzeń mowy oraz terapii logopedycznej dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, „Forum Logopedy”, nr 7, s. 46–50.
- Zaorska M. (1996), *Niewerbalne sygnały komunikacji dzieci niewidomych w młodszym wieku szkolnym*, „Zeszyty Naukowe WSP w Olsztynie, Prace Pedagogiczne”, z. 2, pod red. J. Górniewiczza, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn, s. 185–194.

Zaorska M. (1997), *Niewerbalne sygnały komunikacji u dzieci słabowidzących w młodszym wieku szkolnym*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, t. 8, pod red. J. Pańczyka, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, s. 312–321.

Zaorska M. (2012), *Dotychczasowe możliwości kształcenia logopedów w Polsce*, „Wychowanie na co Dzień”, nr 6, s. 3–8.

Zaorska M. (2013), *Znaczenie badań nad zaburzeniami mowy – stan, perspektywy, wyzwania*, „Przegląd Badań Edukacyjnych”, nr 17, s. 199–209.