

**Grażyna Gunia**

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

## Transdyscyplinarne standardy diagnozy i terapii osób z zaburzeniami słuchu i komunikacji

### Wprowadzenie

Związki logopedii z medycyną, pedagogiką specjalną i językoznawstwem są obserwowane od początków tworzenia się tej dyscypliny naukowej, charakteryzującej się interdyscyplinarnym podejściem do diagnozy, terapii i profilaktyki zaburzeń mowy i komunikacji osób w biegu ich życia.

Twórca polskiej logopedii z drugiej połowy XX wieku – Leon Kaczmarek (1991: 5), podkreślał, że „jest to dyscyplina samodzielna, multiinterdyscyplinowa, a jako taka stanowi część składową bloku humanistyczno-biologicznego”. To założenie nadal jest aktualne, a logopedia, dążąc do samodzielności i statusu odrębnej dyscypliny naukowej, pozostanie w relacji z innymi naukami. W logopedii nie ma dominacji jednego paradygmatu, co wpisuje się w jej związki z naukami o wychowaniu. Bogusław Śliwowski (2006) uważa, że nurt *paidei* cechuje epistemologiczna niepewność, związana z wieloparadygmatowością pedagogiki otwartej, wymagającą interdyscyplinarności, wielokierunkowości i wewnętrznego zróżnicowania. Interdyscyplinarność logopedii umiejscawia ją w obszarach nauk humanistycznych, społecznych oraz nauk medycznych i nauk o zdrowiu, a szczególne znaczenie w tworzeniu jej teorii i praktyki przypisuje się pedagogice specjalnej. Podobne poglądy reprezentują przedstawiciele słowackiej logopedii. Viktor Lechta, Ladislav Vaňhara i Josef Baláž (1993) sytuują logopedię XXI wieku pomiędzy czterema dyscyplinami naukowymi: medycyną, psychologią, językoznawstwem a pedagogiką specjalną, które ukierunkowują standardy pracy logopedy – terapeuty mowy.

Inni teoretycy logopedii zaznaczają, że do diagnozy i terapii oraz działań zapobiegających zaburzeniom komunikacji trzeba posiadać specjalistyczną wiedzę, m.in. z zakresu nauk medycznych, by działania terapeutyczne były trafne, skuteczne i kompleksowe. Przedstawiciele tzw. Nowej Logopedii, którzy określają się jako grupa logopedów „szkoły krakowskiej”, przyjmując określoną postawę diagnostyczną,

terapeutyczną jak i prognostyczną, kładą nacisk na „konieczność powiązania procesu nabywania języka przez dziecko z koncepcjami wywodzącymi się z nauk medycznych, głównie neurobiologii” (Michalik 2011: 13). Również Stanisław Grabias (2012) określa logopedię jako naukę na pograniczu językoznawstwa, neurobiologii i audiologii, której przedmiotem badań są biologiczne uwarunkowania języka oraz zachowań językowych.

Przedstawione poglądy są zbieżne z trendami ogólnoswiatowymi, w których, jak podaje Herbert Günter (za: Lechta 2011: 17) „logopedia jako samodzielna dyscyplina naukowa powinna pozostać interdyscyplinarną, multiprofesjonalną, kooperatywnie i integracyjnie zorientowaną nauką”. Również Komitet Terapeutów Mowy i Języka działający jako organizacja przy forum UE (CPLoL Standing Liaison Committee of Speech and Language Therapists / Logopedists in the European Union, [www.cplol.eu](http://www.cplol.eu)) określa logopedię w wymiarze dyscypliny naukowej i zawodu. Interdyscyplinarny charakter logopedii jako dyscypliny naukowej sytuuje ją na skrzyżowaniu nauk: medycznych, językoznawczych, edukacyjnych i psychologicznych. Przedmiotem zainteresowania logopedii jest etiologia, diagnoza i interwencja u osób z zaburzeniami mowy, języka oraz/lub komunikacji. Szerokie rozumienie interwencji obejmuje działania logopedy w zakresie promocji/profilaktyki, leczenia/terapii, rehabilitacji i edukacji, czyli działania wobec różnych zaburzeń komunikacji człowieka we wszystkich jej aspektach.

Wzajemna zależność logopedii i innych nauk, które również podlegają przemianom, musi uwzględniać interdyscyplinarne i wieloaspektowe podejście do osoby z zaburzoną zdolnością komunikacji. Celem opracowania jest refleksja teoretyczna na temat humanistyczno-społeczno-medycznego wymiaru transdyscyplinarnej logopedii. Przedstawiono również standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec osób niesłyszących w kontekście wybranych z wielu innowacyjnych rozwiązań technologicznych wspomagających działania logopedy.

### **Humanistyczno-społeczno-medyczny wymiar transdyscyplinarnej logopedii i aplikacje do standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec osób z zaburzoną zdolnością komunikacyjną**

Pomoc logopedyczna skierowana do osoby niesłyszącej jest integralną częścią procesu rehabilitacji i edukacji osób z zaburzeniami słuchu i komunikacji. Dlatego w oddziaływaniach diagnostycznych i terapeutycznych wskazuje się na obowiązujące założenia koncepcyjne zgodne z teorią i praktyką nauk humanistyczno-społeczno-medycznych.

Współczesne ustalenia Grabiasa (2012), Jacka Błęszyńskiego (2014) i Lechty (2011) na temat przedmiotu i podmiotu badań logopedii podkreślają w standardach postępowania logopedycznego objęcie terapią wszystkich płaszczyzn językowych osoby z zaburzoną zdolnością komunikacyjną. Zgodnie z przyjętą teorią centralnym pojęciem logopedii jest komunikacja człowieka, a nie tylko mowa, co oznacza „przesunięcie przedmiotu badania od *mówienia* do *komunikacji*, od *indywidualnego* do

*interindywidualnego (...)* z uwzględnieniem pragmatycznej płaszczyzny językowej” (Lechta 2011: 16). Jest to nawiązanie do teorii psycholingwistów i socjolingwistów, którzy w drugiej połowie XX wieku badali społeczne uwarunkowania zachowań językowych dziecka i osób dorosłych oraz zdolność człowieka do posługiwania się językiem z innymi osobami w określonej sytuacji i przestrzeni społecznej (por. Hymes, Chomsky, za: Grabias 2008; Kurcz 2005). Aplikacją dla standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z osobą niesłyszącą jest deskrypcja i eksplikacja nie tylko mowy, ale również kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej (por. Grabias 2008; Rakowska 2003).

Funkcja komunikacyjna systemu językowego może przyjąć różne formy, również pozawerbalne, ale ważny jest pragmatyczny wymiar wypowiedzi, jej skuteczność i zrozumiałość dla odbiorcy. Komunikacja, czyli porozumiewanie się, uwzględnia więc wszystkie sposoby komunikowania, tzn. nie tylko mowę, ale również pismo, język ciała oraz komunikację alternatywną. Jest to zgodne z przestrzeganiem ustaleń Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych oraz Ustawy o języku migowym i innych środkach wspierających komunikowanie się, które są dokumentami porządkującym podstawowe wartości i prawa obowiązujące w Polsce od 2012 roku.

Porównując działania logopedyczne do procesu pedagogicznego lub komunikacyjnego, w którym zachodzą wzajemne relacje pomiędzy rozumieniem samego siebie, drugiej osoby oraz sensu komunikacyjnego, ważne jest rozumienie nie tylko rzeczywistości wychowawczej (Broecken, za: Ablewicz 1994: 46), ale również rozumienie i interpretacja fenomenu ludzkiej egzystencji, wyznaczonej przez swoistość doświadczeń (Ablewicz 1994: 22). Dziecko jako podmiot terapii i centrum zainteresowania logopedy wpisane w przeszłość, posiada swoją historię, a równocześnie tworzy ją jako indywidualność. Ta tzw. historyczność człowieka (Danner, za: Ablewicz 1994: 20), która często wydarza się jednorazowo w kontekście społeczno-kulturowym, świadczy o jego indywidualności. Psycholodzy rozwojowi również podkreślają, że poznanie drogi rozwoju człowieka jest podstawą do projektowania i realizowania działań wspomagających (Brzezińska 2013). Dlatego ważne jest, by w standardach postępowania logopedycznego opracować programowanie terapii skierowane do podmiotu – indywidualnej osoby z zaburzoną zdolnością komunikacyjną, o zróżnicowanych uwarunkowaniach biopsychospołecznych, uwzględniające jej fenomen komunikacyjny. Praca logopedy wymaga więc rzetelnej wiedzy i umiejętności z zakresu psychologii rozwojowej i lingwistyki rozwojowej do obiektywnego opisu, wyjaśniania, zrozumienia i interpretowania rzeczywistości diagnostyczno-terapeutycznej w kontekście przeciętnego obrazu i ogólnych prawidłowości rozwoju dziecka oraz odniesienia do indywidualnej, niepowtarzalnej różnorodności ludzi. Uwzględnienie w kolejnych etapach życia człowieka zmian uniwersalnych, którym podlegają wszystkie osoby oraz zmian indywidualnych „związanych z tak zwaną niepunktualnością zdarzeń życiowych” różnicuje „ścieżki naszego życia” w kontekście szans i zagrożeń (Bee, za: Brzezińska 2013: 12).

Lekarze jako reprezentanci nauk medycznych również wpisują się w uwzględnianie podczas diagnozy i terapii ustalenia i wyjaśnienia przyczyn zróżnicowanego indywidualnego przebiegu zaburzeń/schorzeń. Rita Charon (2006) jest zwolenniczką komplementarnego stosowania praktyki klinicznej i propagatorką koncepcji medycyny narracyjnej, bazującej na całościowej historii pacjenta odtwarzanej w oparciu o „mówioną terapię”, w której lekarz jest nauczycielem zachowań prozdrowotnych. Jest to możliwe dzięki interakcji, a także uważnemu słuchaniu. Jak zaznacza Friedemann Schulz von Thun (2006) każdy człowiek chce być postrzegany we własnej odrębności różnic, zgodnej z odczuciami potrzeb. W komunikacji i relacjach międzyludzkich w procesie logopedycznym istotne jest nie tylko wyrażanie siebie, ale również doświadczanie poczucia skuteczności przez odbiorcę. Odwołując się do założeń nauk medycznych, powołam się na dyskursy pedagogów specjalnych. Zdaniem Zenona Gajdzicy (2013) przy poznawaniu i interpretowaniu jakości życia osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami słuchu i komunikacji, powinno się stosować wywiady narracyjne. Poznane opinie w omawianym kontekście szkoły (ogólnodostępnej lub specjalnej) są odzwierciedleniem rzeczywistości postrzeganej i rozumianej przez narratora, opowiedzianej jako historia biograficzna w szerszym lub węższym zakresie wydarzenia lub zjawiska życia. Subiektywny sposób doświadczania problemu jest więc jednym z wyznaczników trafnej diagnozy. Podobnie uważa Jolanta Baran (2012), która w celu uchwycenia fenomenu świata życia i problemów wychowania dziecka niesłyszącego stosowała wywiady narracyjne z matkami.

Teoretycy logopedii (Lechta 2002, 2011; Gunia 2006; Błęszyński 2014) akcentują transdyscyplinarność w praktyce diagnostyczno-terapeutyczno-edukacyjnej. Transdyscyplinarność wymaga przekształcania indywidualnej pracy logopedy, terapeuty z dzieckiem w pracę (wielu)specjalistycznego zespołu, wraz z aktywną współpracą rodziców. Istotne jest również odrzucenie utartego wzoru postępowania i zmiana myślenia o jednolitości rozwiązań edukacyjno-terapeutycznych, na rzecz rozważnego wykorzystania różnych metod i technik, opracowanych zgodnie z koncepcjami teoretycznymi dyscyplin z pogranicza, a także zobowiązanie do łączenia działań wszystkich uczestników procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Współcześni lekarze-humaniści również podkreślają podmiotowość pacjenta, chociaż w praktyce medycznej obserwujemy dwa różne podejścia do osoby chorej/niepełnosprawnej: obiektywne i subiektywne (Skrzypek 2013). Obiektywne – biologiczno-technologiczny sposób traktowania pacjenta preferuje postępowanie (leczenie) zgodne ze wskaźnikami, niezależnie od odczuć pacjenta. Podejście subiektywne, już wcześniej akcentowane, uwzględnia podmiotowe problemy osoby chorej, indywidualne sposoby doświadczania swojej choroby/ niepełnosprawności/ zaburzenia i aktywne uczestniczenie w procesie terapii.

Humanistyczno-społeczno-medyczna refleksja przy opracowaniu transdyscyplinarnej diagnozy i terapii osób objętych opieką logopedyczną implikuje szereg pytań. Jak przedstawione założenia społeczno-humanistyczno-medyczne odnieść do ujednoczenia standardów postępowania logopedycznego? Czy model procedury

logopedycznej nie spowoduje dominacji w praktyce logopedycznej trendu praktycystycznego? Jak oceniać efektywność standardów postępowania logopedycznego w perspektywie społeczno-humanistyczno-medycznego podejścia do całościowego, zindywidualizowanego i personalnego podejścia?

W 37. tomie czasopisma „Logopedia” z 2008 roku przedstawiono standardy postępowania logopedycznego. Zgodnie z typologią zaburzeń komunikacji Grabiasa (2008) opracowane modele dotyczą zaburzeń mowy związanych z:

1. niewykształconą kompetencją językową w przypadku: wady słuchu, dyslalii, alalii, niedoksztalcenia mowy o typie afazji, oligofazji, autyzmu, zespołu Aspergera, dysleksji rozwojowej;
2. brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych – dotyczący: dysglozji, ankyloglosji, rozszczepu wargi i podniebienia, osób po laryngoktomii, jąkania, gielkotu, dyzartrii, zaburzeń głosu;
3. rozpadem systemu komunikacyjnego, tak jak w przypadku: afazji, otępienia alzheimerowskiego, schizofrenii.

Próba standaryzacji była efektem wieloletnich dyskusji Polskiego Towarzystwa Logopedycznego na temat uporządkowania praktyki logopedycznej w celu uczynienia jej mierzalną (Grabias 2008). Lilianna Konopska (2008: 131) rozumie standard postępowania logopedycznego jako „ujednolicone kryteria postępowania, określające podstawowe logopedyczne procedury w odniesieniu do poszczególnych zjawisk logopedycznych”. Nadanie procedurze logopedycznej jednolitej formuły – modelu postępowania ma na celu usprawnienie, ocenę skuteczności terapii oraz usprawnienie działań wielu specjalistów.

Przykładem ujednoczenia standardów w opiece zdrowotnej jest transdyscyplinarny model rehabilitacji audiologicznej, w której biorą udział m.in. lekarze, logopedzi, psycholodzy, pedagodzy, inżynierowie. Stosuje się go w interwencji medycznej wobec osób ze znacznym i głębokim niedosłuchem przy zastosowaniu implantu ślimakowego. Model ten opracowany na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) uwzględnia holistyczne, wielodyscyplinarne i kompleksowe standardy postępowania zmierzające do ograniczenia wtórnych następstw wady słuchu (Lorens i in. 2014). Model funkcjonalny niepełnosprawności wykorzystuje współczesne założenia obowiązujące w naukach społecznych, medycznych i technicznych w celu zapobiegania wykluczeniu i marginalizacji osób niesłyszących, nie tylko w wymiarze przywracania zaburzonych lub utraconych funkcji aparatu słuchowego, ale również w wymiarze podnoszenia jakości życia w zakresie aktywności i uczestnictwa w przestrzeni indywidualnej i społecznej (Lorens i in. 2014).

Fundamentem opracowania programu logopedycznego jest diagnoza. Efektem praktyki klinicznej i badawczej przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych jest standaryzacja i normalizacja narzędzi psychometrycznych (testów, kwestionariuszy) do oceny np. ośrodkowych procesów przetwarzania słuchowego lub zaburzeń na poziomie OUN (por. artykuły w „Nowej Audiofonologii” nr 4 (3) 2015).

Reasumując, można stwierdzić, że ujednoczenie doboru metod i zróżnicowanych form w procedurze rehabilitacji audiologicznej w diagnozie i terapii logopedycznej osób po wszczęciu implantu ślimakowego uwzględni najnowsze osiągnięcia technologiczne w połączeniu z inżynierią biomedyczną.

### **Innowacyjne rozwiązania technologiczne wspomagające rozwój zdolności komunikacyjnych osób z zaburzeniami słuchu i mowy**

Znajomość korzystania z nowości technologicznych w połączeniu z wiedzą z zakresu badań nad mózgiem stanowi w XXI wieku wielką szansę dla opracowywania skutecznych programów profilaktycznych, diagnostycznych i edukacyjno-terapeutycznych przy użyciu specjalistycznego sprzętu. Jolanta Zielińska (2013) mocno akcentuje potrzebę ustawicznego poszerzania i aktualizowania wiedzy neuronalno-informatycznej np. przez logopedów. Dotyczy to zarówno procedur stosowanych w diagnozie, jak i w terapii oraz w rozwiązaniach wspomagających słuch – aparatach słuchowych.

Protezy słuchowe były znane człowiekowi od dawna, w formie tub, trąbek, lejów, przyłożonej do ucha dłoni czy wreszcie aparatu słuchowego (Szczepankowski 2009). Od połowy XX wieku zamiast tradycyjnych aparatów słuchowych stosuje się elektroniczne protezy – implanty (Battmer 2009). Ograniczenia technologiczne lat siedemdziesiątych XX wieku pozwalały tylko na stosowanie systemu jednokanałowych implantów, ale znaczny postęp w rozwoju technologii elektronicznej w latach dziewięćdziesiątych umożliwił zastosowanie cyfrowych układów scalonych w systemie implantów, dzięki którym można poprawić jakość słyszenia i rozumienie mowy. Polska ma osiągnięcia w zakresie normalizacji standardów w leczeniu głuchoty z wykorzystaniem implantów ślimakowych, zapoczątkowanym w 1992 roku przez Henryka Skarżyńskiego (Piotrowska, Lorens, Obrycka, Skarżyński 2014). Od tego czasu miniaturyzacja implantów i procesorów mowy, efekt zastosowania w aparatach słuchowych osiągnąć postępu technologicznego, pozwoliła na obniżenie wieku implantowania dzieci poniżej pierwszego roku życia (Leonhardt 2009). Implanty są przykładem łączenia nauki z biznesem – wiedza z zakresu audiologii, inżynierii biomedycznej, neurofizjologii, technologii elektronicznej i ergonomii została praktycznie wykorzystana w transdyscyplinarnej współpracy osób odpowiedzialnych za rehabilitację audiologiczną, terapię logopedyczną i edukację osób niesłyszących. Interdyscyplinarny charakter działalności Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach k. Warszawy zaowocował wdrożeniem nowatorskich rozwiązań telemedycznych w opiece nad osobami z zaburzeniami słuchu i mowy. System zdalnego przeprowadzania badań i konsultacji w zakresie dopasowania implantu ślimakowego jest dla pacjentów realną szansą na skorzystanie z usług medycznych i pomocy specjalistów bez uciążliwych i dalekich dojazdów do Kajetan.

Należy również podkreślić, że od końca XX wieku w Polsce rozwiązania teleaudiologii wykorzystuje się do badań przesiewowych słuchu, które są pierwszym

ogniwem systemu wczesnej interwencji logopedycznej. Przeprowadza się je w różnych grupach wiekowych, zarówno na terenach miejskich, jak i wiejskich (Skarżyński 2012). Programy profilaktyczne stały się rutynową diagnostyką w środowisku przedszkolnym i szkolnym, przy świadomym, aktywnym i kompetentnym uczestnictwie pedagogów oraz rodziców, a nie tylko służb medycyny szkolnej (Gunia 2005).

Rangę badań profilaktycznych słuchu wśród dzieci i młodzieży należy odnieść do szkodliwego wpływu i zagrożeń wynikających z hałasu. Z danych IFiPS wynika, że co trzeci Polak i co drugie dziecko, a także młodzi ludzie mają problemy z komunikacją spowodowane zaburzeniami słuchu. Zarówno hałas komunikacyjny i urbanistyczny, jak i hałas „na własne życzenie”, w tym głośne słuchanie muzyki, mogą być przyczyną bólów i zawrotów głowy, podwyższonego ciśnienia, trudności w skupieniu uwagi, a w konsekwencji – pohałasowego uszkodzenia słuchu (<http://slysze.ifps.org.pl/gdy-muzyka-jest-halaszem-ifps-uczy-ochrony-sluchu/>). Szkodliwy wpływ nadmiaru decybeli na organizm ludzki dotyczy również dorosłych, a rosnący odsetek osób w wieku powyżej 60 lat i zagrożenie postlingwalną utratą słuchu jest wyzwaniem dla specjalistów z różnych dyscyplin naukowych, głównie otolaryngologów i logopedów.

Wybrane przykłady innowacyjnych rozwiązań technologicznych wspomagających rozwój zdolności komunikacyjnych dzieci niesłyszących z implantami ślimakowymi i podwyższających jakość życia tych osób są przykładem transdyscyplinarnych działań międzyresortowych w ramach diagnozy, terapii i profilaktyki na różnych poziomach.

## Podsumowanie

Współczesna koncepcja logopedii związana jest ze zmianami, jakie zachodziły w tych dyscyplinach naukowych, których przedmiotem zainteresowań była mowa, a obecnie jest szeroki kontekst komunikacji człowieka. Interdyscyplinarny i wielopoziomowy charakter profilaktyki, diagnozy i terapii logopedycznej wymaga jednak zintensyfikowania i zintegrowania systemu opieki na pograniczu kilku resortów, głównie: zdrowia, edukacji, kultury i sztuki oraz polityki społecznej, gospodarki i finansów, a także wdrażania nowych technologii do zróżnicowanych potrzeb społeczno-kulturowych i indywidualnych osób z zaburzeniami zdolności komunikacyjnej. Przykładem jest Światowe Centrum Słuchu i działalność Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

Bez względu na to, jaką metodę, formę pracy logopedycznej wybieramy i czy wykorzystujemy zaawansowane środki dydaktyczne lub technologie do procesu diagnozy, terapii i prewencji, istotny jest bezpośredni kontakt osoby ze specjalnymi potrzebami komunikacyjnymi z logopedą lub innym specjalistą oraz uwzględnienie zasady pedagogiki inkluzyjnej: różnorodność jest normalnością. Na efekty terapii i przebieg procesu oddziaływań wychowawczo-terapeutycznych oraz interakcji między logopedą a pacjentem mają wpływ nie tylko urządzenia wspomagające realizację specjalistycznych procedur. Ważna jest autonomia, podmiotowość,

godność osób uczestniczących w tym procesie oraz ich aktywność, zaangażowanie i umiejętność wzajemnego zrozumienia w celu normalizacji i/lub podnoszenia poziomu jakości życia. Rolą logopedy i wielospecjalistycznego zespołu edukacyjno-rehabilitacyjnego jest wspomaganie osób z zaburzeniami komunikacji, gdyż „najważniejszy czynnik sprzyjający naszemu rozwojowi to drugi człowiek, dający nam nadzieję i pozwalający, a nawet zachęcający do przeskakiwania murów” (Brzezińska 2013: 39).

## Bibliografia

- Ablewicz K. (1994). *Hermeneutyczno-fenomenologiczna perspektywa badań w pedagogice*, „Skrypty uczelniane – Uniwersytet Jagielloński”, 712.
- Baran J. (2012). *Problemy i konteksty wychowania dzieci z uszkodzonym słuchem w przekazach ich słyszących matek*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Battmer R.D. (2009). *25 Jahre Cochlear-Implantat In Deutschland – eine Erfolgsgeschichte mit Perspektiven: Indikationserweiterung, Reliabilität der Systeme*. W: A. Ernst, R.D. Battmer, I. Todt (eds). *Cochlear Implant heute*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Błęszyński J.J. (2014). *Oddziaływanie terapeutyczne w logopedii*. W: D. Baczała, J.J. Błęszyński (red.), *Terapia logopedyczna*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK.
- Brzezińska A. (2013). *Jak przebiega rozwój człowieka*. W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Charon R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- Gajdzica Z. (2013). *Kategorie sukcesów w opiniach nauczycieli klas integracyjnych jako przyczynek do poszukiwania koncepcji edukacji integracyjnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Grabias S. (2008). *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia”, 28, 7–36.
- Gunia G. (2005). *Normalizacja procesu wczesnej diagnozy i rehabilitacji dzieci z wadą słuchu*. W: Cz. Kosakowski, A. Krause (red.), *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, cykl: *Dyskursy pedagogiki Specjalnej 4*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Gunia G. (2006). *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kaczmarek L. (1983). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Konopska L. (2008). *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z wadą zgrzyzu*. „Logopedia”, 37, 131–140.
- Kurcz I. (2005). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Scholar.
- Lechta V. (2011). *Podstawy teoretyczne logopedii*. W: G. Gunia, V. Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lechta V. i kol. (2002). *Terapia naruśnionej komunikacyjnej schopnosti*. Bratislava: Vydavateľstvo Osveta,
- Lechta V., Vānhara L., Baláž J. (1993). *Logopedia na progu trzeciego tysiąclecia*. „Logopedia”, 20, 99–102.
- Leonhardt A. (2009). *Cochlea-Implantete für gehörlose Kinder gehörlose Eltern?* W: A. Ernst, R.D. Battmer, I. Todt (eds.), *Cochlear Implant heute*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.



- Lorens A. (2014). *Model rehabilitacji audiologicznej po wszczepieniu implantu ślimakowego opracowany na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*. „Nowa Audiofonologia”, 3(5), 77–90.
- Michalik M. (2011). *Nowa Logopedia a biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. W: *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. „Nowa logopedia”, 2, 13–24. Dostępne online: <http://www.logopedia.umcs.lublin.pl/images/lkonfma-lo/nl%202.pdf>
- Piotrowska A., Lorens A., Obrycka A., Skarżyński H. (2014). *Implanty ślimakowe – wczoraj i dziś*. „Nowa Audiofonologia”, 3(5), 23–27.
- Rakowska A. (2003). *Język, komunikacja, niepełnosprawność*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Schulz von Thun F. (2006). *Sztuka rozmawiania 4. W porozumieniu z sobą i innymi – komunikacja i kompetencje społeczne*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Skarżyński H. (2012). *Nowe wyzwanie dla medycyny szkolnej – badania przesiewowe słucho*. „Nowa Audiofonologia”, 1(2), 9.
- Skrzypek M. (2013). *Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny w ujęciu socjomedycznym*. W: M. Skrzypek (red.). *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Szczepankowski B. (2009). *Wspomaganie rozwoju dziecka niesłyszącego – audiofonologia pedagogiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Śliwerski B. (2006). *Wprowadzenie do pedagogiki*. W: B. Śliwerski (red.). *Pedagogika. Tom 1: Podstawy nauk o wychowaniu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.
- Zielińska J. (2013). *Wykorzystanie metod badania pracy mózgu w ocenie skuteczności działań diagnostycznych i rehabilitacyjnych*. „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej”, 11, 23–34.

### Źródła internetowe

<http://slysze.ifps.org.pl/gdy-muzyka-jest-halase-ifps-uczy-ochrony-sluchu> [dostęp: 4.04.2017]

<http://www.cplol.eu> [dostęp: 4.04.2017]

## Interdisciplinary Standards of Diagnosis and Therapy of People with Impaired Hearing and Speech

### Abstract

The aim of the study is a theoretical reflection on the diagnosis and speech therapy from the perspective of various disciplines. Attention was paid to two issues: 1. The interdisciplinary nature of harmonize standards of conduct speech therapy in the context of the empowerment of people with communication disorders 2. Technological solutions used in the diagnosis and treatment of the deaf.

**Keywords:** a person with impaired speech and hearing, speech therapy

**Grażyna Gunia**

doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny UP, surdopedagog, logopeda, nauczyciel akademicki w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.

Główne kierunki badań i zainteresowania naukowe związane są z pedagogiką specjalną, rehabilitacją osób głuchych i słabosłyszących, logopedią, pedagogiką zdrowia i promowaniem zdrowia osób z niepełnosprawnością.