PRINCIPY AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ TERAPIE S AKCENTEM NA RODINU JAKO SOUČÁST INTERDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V PÉČI O DÍTĚ S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

Mgr. Adéla Hanáková

Ústav speciálněpedagogických studií, PdF UP Olomouc

Klíčová slova

Rodina, dítě se sluchovým postižením, auditivně-verbální terapie, interdisciplinární spolupráce, kochleární implantát.

Key words

Family, child with hearing impairment, auditory-verbal therapy, interdisciplinary cooperation, cochlear implant.

Pro převážnou většinu rodičů je fakt, že dítě neslyší, vysoce zátěžovou situací a skutečným útokem na jejich rodičovskou sebekoncepci. Vyrovnání se s existencí sluchového postižení u dítěte je dlouhodobý a psychicky náročný proces. Často se u rodičů setkáváme s pocity vlastního selhání, které jsou způsobeny rodičovskou potřebou mít zdravé dítě. Sociální prostředí, ve kterém dítě se sluchovým postižením vyrůstá, determinuje nejen kvalitu a kvantitu získaných zkušeností a dovedností, ale především vzájemný citový vztah utvářející se mezi dítětem a ostatními členy rodiny. Neschopnost rodičů vyrovnat se s pocity selhání má v budoucnu negativní vliv i na emoční a kognitivní vývoj dítěte. Slyšící rodiče často nevědí, jak se s dítětem nejlépe dorozumívat. Vzniká nebezpečí, že mu budou, byť nezáměrně, dávat najevo jeho odlišnost, jeho řečové nedostatky. Odborníci zdůrazňují potřeby charakterové a volní vlastnosti dítěte, které jsou východiskem pro překonávání obtíží v průběhu osobnostního rozvoje, procesu edukace a v běžných životních situacích. Důležitou roli zde hraje zájem rodiny, citová podpora a společné prožívání radosti z úspěchu. Rodina a další rodinní příslušníci by měli být předem informováni o předpokládaném vývoji po kochleární implantaci i o výchovných přístupech k dítěti. V práci s rodiči se setkáváme na jedné straně s nedostatky ve vzdělávacích záměrech, nedůsledností, přehnanými požadavky, neadekvátním očekáváním a na straně druhé s extrémně ochranitelskou výchovou či krajním

liberalismem. V období po kochleární implantaci je schopnost dítěte slyšet rodinou silně citově prožívána. Základním cílem logopedické péče není „slyšet", ale rozumět. Rodiče by měli zaměřit své výchovné působení na maximální a především harmonický rozvoj svého dítěte. Nezbytnou součástí zde musí být průběžné pozitivní hodnocení i sebemenších úspěchů a přirozený rozvoj individuálních schopností dítěte (Estabrooks, Marlowe, 2000).

Odborníci v oblasti auditivně-verbální terapie se řídí několika zásadními principy. Mezi jeden z nejzásadnějších principů patří včasné zjištění sluchového postižení. Nediagnostikování v porodnici či v raném dětství může vést ke značnému opoždění ve vývoji jazykového vnímání a vyjadřování. V případě, že byla odhalena sluchová ztráta, zásadní je okamžitá lékařská a především audiologická péče, včetně výběru, úpravy vhodného sluchadla, kochleárního implantátu či jiných pomůcek. Sluchadla ve spojení s auditivně-verbální terapií mohou poskytnout velice cenné diagnostické informace nutné pro další kroky, kterými může být kochleární implantace. Neméně důležitým principem je poskytovat podporu rodičům dítěte se sluchovým postižením, jakožto základním vzorům rozvoje jazyka dítěte a pomáhat jim uchopit dopad sluchového postižení na celou rodinu. Dodejme, že rodinou míníme také širší rodinu včetně prarodičů, kteří v celém procesu hrají taktéž důležitou roli a často jsou základními vzory pro rozvoj poslechu a mluveného jazyka v raném dětství. Činnost auditivně-verbálního terapeuta by měla být zaměřena především na individuální sezení s aktivní účastí rodičů. Při terapii se rodiče učí modelové techniky pro stimulování řeči, jazyka a komunikačních činností, starategie pro integraci poslechu do každodenního života, interpretovat význam první komunikace dítěte, zaznamenávat a prodiskutovávat pokrok dítěte, interpretovat krátkodobé a dlouhodobé cíle, dosáhnout důvěry v interakci rodič-dítě a činit zasvěcená rozhodnutí (Estabrooks, 2006).

Mezi rozvojem komunikace a dovednostmi nezbytnými k osvojení gramatických pravidel daného jazyka musí existovat rovnováha. Z těchto důvodů je nutné zaměřit se na zapojení poslechu do celého osobnostního rozvoje, přičemž konečným ideálním cílem je integrovaný člověk využívající poslech doma i ve společnosti.

K podpoře tohoto výše uvedeného principu lze kvalitně dosáhnout prostřednictvím individuální výuky, kdy individuální auditivně-verbální sezení umožňují dosáhnout maximálního rozvoje dítěte, ale také rodiče, jako základního vzoru. Při sezeních je kladen důraz na sledování vlastního hlasu

dítěte a hlasů ostatních za účelem zlepšení srozumitelnosti řečového projevu. Účinné naslouchání svému vlastnímu hlasu připravuje tak dítě se sluchovým postižením na nezávislou verbální komunikaci vyžadující minimální vysvětlování či dokonce vyžadující odezírání (Erber, 1982).

Auditivně-verbální terapie využívá přirozených vývojových vzorců poslechu, jazyka, řeči, komunikace a poznávání za účelem stimulace přirozené komunikace, přičemž postupuje od detekce přes diskriminaci a identifikaci až porozumění a osvojení si náročných dovedností v oblasti vzdělávání.

Mezi neméně důležitý princip auditivně-verbální terapie patří poskytování poradenství s cílem umožnit začlenění dětí do běžných školních tříd. Pokud je začlenění do běžné školy nevhodné, tým odborníků by měl doporučit jinou alternativu a popř. okamžitou úpravu stávajícího programu.

Ze všech uvedených skutečností vyplývá, že je kochleární implantace u dětí počátkem dlouhé cesty komplexní péče a působení z řad mnoha odborníků. Názory na to, kdo by v týmu pečující o rodinu a dítě s kochleárním implantátem neměl chybět, se různí. Týmové přístupy mohou být různého charakteru, jak z hlediska profesionální skladby týmu, tak specifického působení jednotlivých specialistů a proměnlivého souboru těchto pracovníků. Jako první jmenujme multidisciplinární týmový přístup spočívající v samostatné práci každého odborníka, který pracuje nezávisle na ostatních. I přesto, že každý člen multidisciplinárního týmu má svou specifickou úlohu v oblasti intervence, je komunikace mezi jednotlivými odborníky omezená. Negativem vyplývajícím z tohoto přístupu je pro jedince se sluchovým postižením velké množství hodnocení a informací od různých odborníků s absencí vzájemné komunikace, koordinace a kooperace zejména při konečném rozhodnutí např. při volbě komunikačního systému či intervenčního plánu. Tento přístup je často chápán jako model tradiční se svými zápory (Estabrooks, 1994).

Moderním přístupem nejen v oblasti péče o jedince se sluchovým postižením je interdisciplinární týmový přístup, který je napovrch podobný modelu multidisciplinárnímu, neboť jednotliví odborníci zajišťují u klientů intervenci. Interdisciplinární přístup se však na rozdíl od multidisciplinárního přístupu vyznačuje vzájemnou komunikací, koordinací a kooperací zajišťující komplexnost a longitudinálnost péče o jedince se sluchovým postižením (Diller, 2000).

V případě, že jednotliví členové týmu jsou seznamováni s intervenčními postupy jiných odborníků, hovoříme o týmovém přístupu transdisciplinár-

ním. Tento přístup je považován za nejmodernější a v oblasti péče o osoby s kochleárním implantátem za nejprogresivnější.

Týmové přístupy lze vnímat z vertikálního a horizontálního hlediska. Z vertikálního hlediska jsou týmové přístupy formované potřebou prevence vzniku sluchových vad, včasné diagnostiky a terapie sluchové vady, raného intervenčního programu a podpory rodiny dítěte se sluchovým postižením. Prevenci, včasnou diagnostiku a screening sluchových vad zajišťuje tým složený z genetika, teratologa-perinatologa, pediatra-neonatologa, pediatra, ORL lékaře, foniatra a audiologa.

V rámci vytváření raných intervenčních programů jsou dále zainteresováni odborníci jako např. sociální pracovní pracovník, speciální pedagog, klinický logoped, klinický a školní psycholog, audiolog, neurolog, popř. také pedopsychiatr a další.

Vzhledem ke zvolené oblasti je nutné zmínit tým zajišťující kochleární implantaci. Mezi tyto odborníky patří chirurg, audiolog, ORL lékař, foniatr, neurolog, rentgenolog, anesteziolog, audiologická sestra, klinický inženýr, klinický psycholog, klinický logoped, sociální pracovník, speciální pedagog a další (Krahulcová, 2005).

Uveďme též tým participující v průběhu předškolní a školní výchovy: pedagog, speciální pedagog, klinický logoped, školní logoped, klinický psycholog, školní psycholog, pediatr, foniatr a další.

Horizontální výčet transdisciplinární kooperace pak představuje otevřený tým výše zmiňovaných odborníků, ale také dalších odborníků, kteří jsou přizváni do týmu k řešení specifických potřeb dítěte se sluchovým postižením a jeho rodiny. Mezi tyto odborníky můžeme řadit fyzioterapeuta, arteterapeuta, psychoterapeuta, ergoterapeuta, muzikoterapeuta, zooterapeuta a další (Krahulcová, 2005).

Specifické příklady práce s rodiči budou konkrétně uvedeny při prezentaci příspěvku.

Použitá literatura

KRAHULCOVÁ, Beáta, Interdisciplinary Approaches, Co-operation and Counselling. In: DILLER, Gottfried, KOSMALOWA, Joanna, KRAHULCOVA, Beáta, LEHNHARDT, Monika,PERALTA,Felisa, Study Guide for Educational Staff Working with Hearing Impaired Children. Heidelberg: 2005. 473–487 s.

DILLER, G. Sluchová hnutí. in KOLEKTIV AUTORŮ. Sluchové postižení – možnosti edukace. Qualification of educational staff working with hearing impaired children – QESWHIC Project. Praha, 2000.
ESTABROOKS, W. (Ed.) Auditory-Verbal Therapy and Practice. USA: Alexander Graham Bell Association for the Delf and Hard of Hearing, Inc., 2006. ISBN 978-0-88200-223-1.
ESTABROOKS, W. Auditory-Verbal Therapy for parents and professionals. Washington DC: AGBell, 1994.
ESTABROOKS, W; MARLOWE, J. The baby is listening. USA: AGBell, 2000. 78 s. ISBN 0-88200-211-2.
ERBER, N. Auditory training. Washington, DC: AGBell Association for the Deaf, 1982.