

Tadeusz S. Gałkowski

Opieka psychologiczna nad małym dzieckiem głuchym

Studia Philosophiae Christianae 6/2, 191-210

1970

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Z ZAGADNIENIŃ PSYCHOLOGII

Gałkowski T. S.

Opieka psychologiczna nad małym dzieckiem głuchym.

Mrugańska A.

Próba analizy osobowości nieletnich przestępców-dziewcząt.

Nowak A.

Personalistyczna psychologia głębi Igora A. Caruso.

Gałkowski T. S.

Kerlinger F. N., *Foundation of behavioral research...* New York 1964.

Melwin H. Marks, *Theories in Contemporary Psychology*, New York, 1965.

Research on behavioral aspects of Deafness, New Orleans 1965.

TADEUSZ S. GAŁKOWSKI

OPIEKA PSYCHOLOGICZNA NAD MAŁYM DZIECKIEM GŁUCHYM¹

Problemy związane z opieką lekarską i pedagogiczną nad dzieckiem głuchym wymagają szerokiego uwzględnienia różnych aspektów psychologii rozwojowej, defektologicznej, psycholingwistyki i psychoakustyki. Uzyskanie pozytywnych rezultatów w zakresie rozwijania funkcji językowych zapewnia dziecku podstawy dla normalnego poziomu umysłowego. Skuteczność postępowania rehabilitacyjnego zależy w dużym stopniu od wczesnego jego podjęcia, co jest uzasadnione prawami roz-

¹ Artykuł oparty jest na badaniach jakie autor przeprowadzał w związku z przygotowaniem rozprawy doktorskiej.

woju mowy i myślenia, a także znajduje potwierdzenie w świetle zasad rządzących mechanizmami kompensacji zmysłów.

Proces diagnozy psychologicznej małego dziecka z uszkodzeniem słuchu nastrocza wiele trudności i wymaga często licznych korekcji i uzupełnień. Dodatkowo komplikuje go brak odpowiednich metod testowych opracowanych i wystandaryzowanych z przeznaczeniem dla dzieci o uszkodzonym słuchu. Niezmiernie ważną rzeczą jest uwzględnianie całokształtu czynników wpływających na zachowanie się dziecka, które jest przedmiotem oceny, a zwłaszcza postawy rodziców i środowiska socjalno-ekonomicznego.

Psycholog pracujący w dziedzinie rehabilitacji dziecka z uszkodzeniem słuchu ma za zadanie z jednej strony określić poziom rozwoju funkcji intelektualnych i sfery emocjonalnej dziecka, a z drugiej winien ocenić jego dojrzałość psychologiczną dla włączenia do procesu rehabilitacji. Praktyka kliniczna wykazuje, że mimo zapewnienia wszystkich niezbędnych warunków właściwego postępowania diagnostycznego i przestrzegania zasad ważnych dla rehabilitacji, zdarzają się dość często niepowodzenia, które wpływają w zasadniczy sposób na dalsze losy dziecka. Surdopsychologia nie ma jeszcze w naszym kraju ustalonej tradycji, a więc nie należy się dziwić, że psychologowie-praktycy zatrudnieni w poradniach i innych ośrodkach przeznaczonych dla dzieci głuchych odczuwają brak wzorów i założeń, na których mogliby się oprzeć w swej pracy. Tymczasem w niektórych krajach ten dział psychologii defekto logicznej został już w odniesieniu do pewnych zagadnień rozpracowany i warto — wydaje się — spróbować zaadaptowania do potrzeb naszego kraju zarówno różnych metod diagnostyki psychologicznej jak i postępowania rehabilitacyjnego. Kilkanaście poradni przeznaczonych wyłącznie dla dzieci głuchych, działających we wszystkich większych miastach mogłoby dostarczyć ciekawego materiału doświadczalnego, wymagającego analizy psychologicznej i wyciągnięcia wniosków praktycznych. Niniejsza praca stanowi próbę wykorzystania doświadczeń zebranych przez autora stykającego się z dziećmi głuchymi w wieku przedszkolnym, objętymi opieką Centralnej Poradni Audiologiczno-Rehabilitacyjnej przy Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. Ma ona na celu wyodrębnienie i opisanie podstawowych problemów i trudności dotyczących pracy psychologa i wysunięcie pewnych postulatów, które mogłyby w przyszłości usprawnić jego działalność.

Przegląd dotychczasowych form organizacyjnych dotyczących opieki nad dzieckiem głuchym daje dość różnorodny obraz w zależności od tradycji, kultury i rozwoju socjalno-ekonomicznego danego kraju. Na podstawie sprawozdań z kilku ostatnich światowych kongresów na temat głuchoty można dostrzec stopniowy postęp w zakresie doceniania i rozwijania usług w zakresie opieki psychologicznej w różnych krajach.

Coraz częściej spotyka się też wypowiedzi i poważne opracowania wskazujące na konieczność najwcześniejszego objęcia rehabilitacją dziecka głuchego. Z krajów anglosaskich do najpoważniejszych ośrodków zajmujących się teoretycznymi aspektami i praktycznymi rozwiązaniami dotyczącymi opieki nad małym dzieckiem głuchym należą: Hamilton (Ontario) w Kanadzie, Manchester w Anglii oraz Centralny Instytut Głuchoty w St. Louis USA. W Europie dość ciekawe próby rehabilitacji małych dzieci z uszkodzeniem słuchu zostały podjęte i uwieńczone sukcesem zarówno w krajach zachodnich jak i Związku Radzieckim i krajach demokracji ludowej. W oparciu o założenia, jakich dostarczyły prace Wygotskiego, Leontiewa, Galperina, Łurii i wielu innych psychologów zajmujących się wzajemnym związkiem między rozwojem języka i mowy, zostały ustalone zasady postępowania rehabilitacyjnego i pedagogiki w odniesieniu do dzieci głuchych. W Instytucie Defektologii w Moskwie opracowane zostały przez Zykowa formy nauczania mowy palcowej, tzw. daktylogologii, które stosuje się także w rehabilitacji dzieci w wieku przedszkolnym. W Polsce zespół PAN, zajmujący się problematyką myślenia i mowy u małych dzieci, w skład którego weszli Szuman, Geppertowa, Przetacznikowa, Kowalski, wydał szereg opracowań książkowych zawierających wiele cennych wytycznych dla rozwijania systemu językowego u osobników głuchych. Badania L. Geppertowej, dotyczące ujmowania stosunków i umiejętności posługiwania się formami przymiłowymi przez dzieci głuche w wieku szkolnym, wykazały poważne braki we właściwym posługiwaniu się nimi przez dzieci. Świadczy to o konieczności większego, aniżeli się to powszechnie czyni, doceniania znaczenia okresu przedszkolnego dla rozwoju mowy. Lata szkolne to okres, w którym rozpoczęcie nauki mowy ustnej napotyka na trudności przerastające obiektywne możliwości dziecka. Należy zatem jak najwcześniej przystępować do rozwijania mowy u dzieci głuchych, aby w wieku lat 7-iu, gdy znajdują się w szkole, potrafiły korzystać z form językowych zgodnie z przeznaczonym dla nich programem zajęć szkolnych.

Postulat ten stał się głównym celem działalności 13 poradni audiologiczno-rehabilitacyjnych, stworzonych przez Polski Związek Głuchych. Zatrudnieni w nich psycholodzy, poza przeprowadzaniem okresowych badań diagnostycznych, współpracują z logopedami zajmującymi się rehabilitacją mowy, która pozostaje w bardzo ścisłym powiązaniu z danymi psychologii. Dzieci głuche znajdują się także pod opieką innych ośrodków specjalistycznych, takich jak szpitale i oddziały laryngologiczne, poradnie foniatryczne, przychodnie zdrowia psychicznego. Dość często dzieci te bywają kierowane niepotrzebnie na leczenie psychiatryczne lub też z powodu błędnej oceny poziomu umysłowego umieszczone w zakładach i szkołach specjalnych dla opóźnionych umysłowo.

W planach perspektywicznych, dotyczących opieki nad dzieckiem głuchym w naszym kraju projektuje się: a) wprowadzenie do poradni pediatrycznych badań mających na celu wczesne wykrywanie zaburzeń słuchu i mowy, b) utworzenie klinik foniatrycznych przy wszystkich akademiach medycznych, c) zorganizowanie we wszystkich miastach wojewódzkich poradni dla rodziców dzieci głuchych, d) umożliwienie uzyskania protez słuchowych przez wszystkie dzieci głuche, dla których są one wskazane.

Ogólną sytuację w zakresie opieki nad dzieckiem głuchym w krajach europejskich charakteryzuje sprawozdanie Światowej Organizacji Zdrowia (W.H.O.) dotyczące 27 krajów będących członkami tej organizacji. Tylko 12 krajów zapewnia otrzymywanie przez dzieci aparatów słuchowych; w 8 krajach prowadzi się rejestrację dzieci głuchych w wieku przedszkolnym; w 10 krajach koszty zaprotezowania dzieci głuchych pokrywane są przez państwo. Światowa Federacja Głuchych skupiająca wiele narodowych związków głuchych podejmuje nieustannie wysiłki zmierzające do poprawy obecnego stanu rozwoju opieki i usług w tej dziedzinie. Wśród ekspertów współpracujących ze Światową Federacją Głuchych znajduje się także wielu wybitnych psychologów znanych ze swych badań w zakresie głuchoty.

Badania przeprowadzane przez nich można podzielić na dwa typy według zasadniczych przedmiotów zainteresowań: jedne dotyczyły porównywania poziomu różnych funkcji umysłowych u dzieci głuchych z dziećmi słyszącymi, a drugie obejmowały rozmaite aspekty rozwoju języka. Jeśli chodzi o metody, jakimi posługiwali się badacze zasłużeni na polu surdopsychologii, to można wyróżnić wśród nich standardowe testy związane z oceną funkcji intelektualnych i niektóre techniki projekcyjne, a z drugiej strony eksperymenty oryginalne mające na celu prześledzenie zależności niektórych procesów umysłowych od mowy.

Badania testowe zawierające próby bezsłowne zostały zapoczątkowane przez Pintnera i Patersona w 1917 roku. Do bardziej znanych autorów kontynuujących ten kierunek badań należą: Myklebust, Burchard Smith, Templin, Levine. Wyniki tych badań wskazują na wpływ braku mowy na obniżenie poziomu rozwoju niektórych funkcji intelektualnych (pojemność pamięci, spostrzegania wzrokowe) u osobników głuchych w porównaniu ze słyszącymi. Wnioski z tych badań nie mają jednak charakteru stwierdzeń rozstrzygających ostatecznie o niższym poziomie inteligencji ogólnej u osób głuchych.

Eksperymenty opisywane przez Olérona, Furtha, Puffalla i innych wykazały mniej lub bardziej istotne różnice w poziomie wykonywania zadań i posługiwania się myśleniem bezsłownym u dzieci głuchych w porównaniu ze słyszącymi. Ciekawe są rozważania Furtha, który dowodzi, że na skutek braku opanowania funkcji językowych u dzieci

głuchych, nie mają one takiej stymulacji poznawczej i motywacji do spontanicznego rozwoju umysłowego jaką spotyka się u dzieci słyszących. Autor ten wskazuje także na konieczność wczesnego podejmowania u dzieci głuchych pracy nad rozwijaniem myślenia bezsłownego, obejmującego przyswajanie sobie podstawowych zasad logicznych. Nawiązuje przy tym w swych koncepcjach do teorii związanych z epistemologią genetyczną Piageta.

Inną obszerną dziedziną badań psychologicznych jest różnicowanie głuchoty w stosunku do innych typów zaburzeń, które mogą istnieć u dziecka niezależnie od niej. Należą do nich zaburzenia emocjonalne, niedorozwój umysłowy i uszkodzenia mózgowie z objawami afazji. Rozpoznawanie i różnicowanie tych zaburzeń wymaga opanowania przez psychologa wielu metod diagnostycznych oraz dużego doświadczenia klinicznego.

W audiologii dziecięcej występuje wiele aspektów psychologicznych, które domagają się uwzględnienia przez psychologa pracującego z dziećmi głuchymi. Dotyczą one zarówno oceny reakcji słuchowych na dźwięki i mowę, jak problematyki związanej z protezowaniem oraz treningiem słuchowym. Tzw. orientacyjne metody badania słuchu, dość powszechnie stosowane w przypadku małych dzieci, zawierają wiele cennych dla psychologa okazji do przeprowadzania obserwacji uzupełniających wyniki jego badań. Odnosi się to do takich funkcji jak łatwość i szybkość tworzenia się odruchów warunkowych, czas reakcji, okres latencji reakcji na bodźce słuchowe, zmienność i labilność reakcji itp. Badania, obejmujące audiometrię tonalną oraz słowną wraz z bardzo często łączonymi z nią metodami elektrofizjologicznymi (EEG, EDR, chronaksymetria, elektronystagmografia i inne), a także wykorzystaniem komputerów do analizy uzyskanych wyników, mogą dostarczyć psychologowi także wiele ciekawych informacji, pod warunkiem, że zapozna się z istotą tych badań, sposobami ich przeprowadzania i potrafi w tej dziedzinie nawiązać współpracę z personelem lekarskim oraz laboratoryjnym.

Aparaty słuchowe mimo niewątpliwych korzyści dla dziecka, jakie w nich tkwią, stanowią przedmiot ożywionych sporów zarówno wśród praktyków-klinicystów zajmujących się rehabilitacją dzieci głuchych, jak i specjalistów z zakresu psychoakustyki oraz psychofizyki. Jak na to wskazuje wiele wyników badań z tego zakresu, obiektywnym parametrem fizycznym bodźców wzrokowych, słuchowych i innych nie odpowiadają jednostki natężenia odbieranego przez człowieka wrażenia. Dlatego ilościowe skale mierzące kontinuum fizyczne, dla potrzeb psychologii zmysłów muszą pozostawać w powiązaniu funkcjonalnym z kontinuum psychofizycznym. W skład metod pomiaru psychofizycznego, która ma miejsce m.in. w badaniach audiologicznych, wchodzi

mierzenie równych odległości między wrażeniami, porównywanie pozorne równych odstępów między wrażeniami, frakcjonowanie, podwajanie bodźców, metoda stałej sumy. Wszystkie te metody wchodzą w zakres tzw. skal stosunkowych pozwalających na bogate wykorzystanie różnych typów opracowań statystycznych. W ścisłym powiązaniu ze statystyką matematyczną pozostaje także teoria detekcji sygnałów, wykorzystująca dane z teorii decyzji. Współczesna psychoakustyka wskazuje na szerokie możliwości udoskonalenia metod audiologicznych w oparciu o najnowsze osiągnięcia psychologii spostrzeżeń zmysłowych.

Rodzice dziecka głuchego jako osoby najbardziej odpowiedzialne za losy dziecka i pozostające z nim w ciągłym kontakcie nie mogą pozostać jedynie biernymi obserwatorami procesu rehabilitacji, lecz powinni być do niego włączeni w sposób czynny. Wspólną troskę o rezultaty rehabilitacji, jaka łączy rodziców i specjalistów zajmujących się dzieckiem należy wykorzystać dla wprowadzenia rodziców w zakres ich nowych obowiązków i zadań związanych z pracą nad dzieckiem w domu. W wielu ośrodkach audiologicznych tworzą się grupy rodziców dyskutujących wspólnie ze specjalistami na temat braków i potrzeb ich dzieci. W trakcie tych spotkań można dokonywać oceny psychologicznej różnych postaw wobec dziecka i wobec procesu rehabilitacji. Te wspólne grupowe dyskusje mogą stać się także okazją dla oddziaływania psychoterapeutycznego zmierzającego do przekształcania niewłaściwych postaw u rodziców i wytworzenia takich, które będą wpływać pozytywnie na rezultaty rehabilitacji. W Klinice John Tracy w Los Angeles prowadzi się od wielu lat korespondencyjne kursy dla rodziców dzieci głuchych i akcja ta zostaje wprowadzana także w krajach europejskich, a w ostatnim czasie z pewnymi modyfikacjami znalazła miejsce w Polsce. W poradniach działających pod auspicjami Polskiego Związku Głuchych rodzice otrzymują specjalnie dla nich wydany w formie osobnych listów poradnik, będący tłumaczeniem amerykańskiego kursu korespondencyjnego. Na podstawie ankiet przeprowadzanych przez Wydział Rehabilitacji Dziecka Polskiego Związku Głuchych oraz w trakcie spotkań z rodzicami na kursach specjalnie dla nich organizowanych można się było przekonać, że ta forma instruktażu jest potrzebna i skuteczna.

Oprócz rodziców odpowiednie szkolenie i zapoznanie z zasadami rehabilitacji winno objąć personel pedagogiczny i pielęgniarstwa, który styka się na co dzień z dziećmi głuchymi. Znajomość podstawowych wytycznych dla postępowania wychowawczego, opartych na danych psychologii rozwojowej i defektologicznej, pozwala uniknąć różnych trudności w procesie rehabilitacji i przyspieszyć osiągnięcie pożądaných efektów.

Badania moje objęły 47 dzieci, w tym 27 chłopców i 20 dziewczynek, które korzystały z opieki Centralnej Poradni Audiologiczno-Rehabi-

litacyjnej w Instytucie Matki i Dziecka. Obserwacje dotyczyły okresu rehabilitacji, który trwał przeciętnie 14,7 miesięcy, a wiek dzieci w chwili przyjęcia do Poradni wynosił przeciętnie 2,63 lata. Dodatkowy materiał doświadczalny stanowiły wyniki obserwacji przeprowadzanych na Oddziale Foniatrycznym Akademii Medycznej w Warszawie, oraz w Zakładzie dla Dzieci Głuchych w Michalinie. Możliwość porównania różnych form postępowania rehabilitacyjnego uzyskałem dzięki krótkim pobytom w instytutach dla dzieci głuchych w Rzymie, Paryżu i Wiedniu.

Jeśli chodzi o rodzaj testów, jaki został wykorzystany przeze mnie w odniesieniu do eksperymentalnej grupy 47 dzieci, to zastosowałem trzy metody: Skalę Rozwoju Psychomotorycznego Brunet-Lézine, Międzynarodową Skalę Wykonawczą Leitera oraz Vinelandzką Skalę Dojrzałości Społecznej Dolla. W Skali Leitera wyróżniłem zadania wiążące się wyraźnie z takimi funkcjami jak orientacja przestrzenna, kojarzenie, klasyfikacja i uogólnianie. Na podstawie uzyskanych u dzieci wyników starałem się porównywać osiągnięcia, jakie mieli badani w tych próbach, z oceną ich rozwoju językowego w zakresie mowy biernej i czynnej. Skalą Leitera przebadanych zostało dwukrotnie 34 spośród dzieci wchodzących do grupy eksperymentalnej, a większość z nich uzyskała wyniki na poziomie normy intelektualnej. 11 dzieci zostało przebadanych Skalą Rozwoju Psychomotorycznego Brunet-Lézine uzyskując przeciętny iloraz rozwojowy 93. W skali tej, która obejmuje cztery sfery rozwojowe, świadomie ograniczyłem się do oceny tylko trzech, wyłączając mowę, ponieważ u dzieci głuchych ta funkcja nie mogła być dobrze rozwinięta. Można zatem przyjąć, że uzyskane wyniki znajdowały się także na poziomie normy. Natomiast badania Vinelandzką Skalą Dojrzałości Dolla ujawniły u 16 dzieci, z których połowa rekrutowała się ze środowiska o wyższym standardzie socjo-ekonomicznym, a połowa ze środowiska niższego, pewne obniżenie ilorazu dojrzałości społecznej. Można to tłumaczyć ograniczeniem pola doświadczeń życiowych u dzieci głuchych, nie dysponujących tak ważnym instrumentem poznawczym, jakim jest mowa.

Badane dzieci nie były wybierane według jakichś sztywnych kryteriów selekcji, ponieważ w badaniach chodziło o to, aby uzyskać realny obraz trudności i potrzeb w zakresie opieki psychologicznej obejmującej przeciętne, zgłaszające się do poradni audiologicznych, dzieci. Nie u wszystkich spośród nich udaje się zastosować te samą metody testowe, a zatem psycholog musi mieć ich kilka do swej dyspozycji.

Ocena stanu emocjonalnego dokonywana była na podstawie wywiadu z matką, obserwacji zachowania się dziecka podczas badania oraz w trakcie zajęć logopedycznych z dzieckiem. Ćwiczenia mowy stanowiły bardzo ciekawy i bogaty materiał dla interpretacji psychologicznej, ponieważ udawało się podczas przeprowadzania ich uchwycić niektóre

cechy, nie zawsze łatwe do zaobserwowania podczas badania dziecka w gabinecie psychologicznym. Uwidaczniały się np. mechanizmy motywacji odgrywającej bardzo istotną rolę w rehabilitacji, a której nie można ocenić na drodze jednorazowego spotkania przebiegającego z reguły w sztucznych dla dziecka warunkach. Zajęcia rehabilitacyjne pozwalają także na pełniejszą ocenę osobowości dziecka, a zwłaszcza jego reakcji emocjonalnych, zainteresowań i możliwości do współdziałania z osobami dorosłymi.

Rejestrowanie zachowania się dziecka poddanego oddziaływaniu zorganizowanej grupy rówieśników, co ma miejsce w przedszkolu, ujawnia wiele zjawisk mających znaczenie dla rehabilitacji, które z kolei nie występują przy indywidualnych kontaktach z dzieckiem. Nawiązanie skutecznej i trwałej współpracy z dzieckiem głuchym przysparza często poważnych trudności, przed którymi logopeda staje bezradny. Obserwowane przeze mnie zajęcia rehabilitacyjne przeprowadzane grupowo w ośrodkach dla małych dzieci głuchych potwierdziły w całej rozciągłości hipotezę o pozytywnych wpływach grupy na zachowanie się dziecka głuchego, charakteryzującego się trudnym kontaktem z osobami dorosłymi.

Wśród różnych typów zaburzeń emocjonalnych, jakie występowały u badanych przeze mnie dzieci, do najczęstszych należały reakcje unikania, negatywizm, napady złości i agresja. W wielu przypadkach należało je traktować jako reakcje frustracyjne na pozbawienie dziecka możliwości porozumiewania się z otoczeniem wskutek głuchoty. Inne ich podłoże wiązało się z istniejącymi niezależnie od głuchoty i bardzo często wywołanymi tą samą przyczyną co głuchota uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. U dzieci tego typu, które charakteryzowały się nasilonymi objawami zaburzeń emocjonalnych, przoszono o konsultacje neuropsychiatryczne i przeprowadzano różne dodatkowe badania takie jak EEG, Rtg czaszki, badania płynu mózgowo-rdzeniowego i inne. Na podstawie wywiadów środowiskowych i rozmów z rodzicami, w przypadku niektórych dzieci można było podejrzewać, że na obserwowane u dziecka zaburzenia w sferze emocjonalnej ma wpływ wychowywanie przez rodziców. W badaniach moich wystąpiły wyraźne zależności pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi a warunkami środowiskowymi i stosunkiem rodziców do procesu rehabilitacji. Postawa rodziców w sposób bardzo wyraźny rzutuje na zachowanie się dziecka kalekiego. Troje spośród badanych przeze mnie dzieci miało rodziców głuchych, a jedno miało głuchego ojca. Poza jednym spośród nich dzieci te charakteryzowały się łatwym kontaktem i nie sprawiały trudności wychowawczych. Można to uzasadnić jak się wydaje stałą łącznością komunikatywną za pośrednictwem mowy migowej, jaka od początku łączyła te dzieci ze swymi rodzicami. Rodzice głusi przyjmują swe

głuche dziecko i akceptują łatwiej jego braki bez stawiania warunku opanowania mowy ustnej, która sprawia dziecku tak wielkie trudności, a niekiedy jest przeszkodą nie do przebycia.

W związku z oddziaływaniem na sferę emocjonalną dziecka wyłania się potrzeba psychoterapii. Stanowi ona problematykę, która nie została jeszcze rozpracowana, a ze względu na swą złożoność i doniosłość wymaga poważnych, szeroko zakrojonych studiów. W praktyce logopedycznej tkwią duże możliwości pod tym względem, ponieważ umiejętne wplatanie elementów zabawowych do ćwiczeń mowy ma znaczenie przeciwwarunkujące w stosunku do niepożądanych reakcji emocjonalnych. Zajęcia wychowawcze, gry i zabawy, a także wykorzystywanie kontaktów z rówieśnikami, mogą skutecznie służyć jako czynniki psychoterapeutyczne. W przypadku tych dzieci, u których pomimo zapewnienia wszelkich niezbędnych dla właściwej rehabilitacji warunków i długotrwałych wysiłków, nie udało się uzyskać nawet w skromnym zakresie opanowania mowy ustnej, należy wziąć pod uwagę możliwość nauczania form mowy migowej. Podkreślić trzeba, że trwający od wielu lat spór pomiędzy zwolennikami tych dwóch systemów porozumiewania się, w ostatnich czasach rozstrzyga się na korzyść mowy ustnej (neoralizm), a jednocześnie coraz więcej spotyka się wypowiedzi propagujących mowę palcową (daktyloglogia).

Celem zorientowania się w charakterystycznych dla rodziców dzieci głuchych postawach wpływających na proces rehabilitacji przeprowadziłem badania za pomocą specjalnie w tym celu skonstruowanej ankiety, na grupie rodziców uczestniczących w kursach szkoleniowych. Była to grupa osób, które raczej były przekonane co do słuszności zasady ścisłej współpracy z ośrodkami specjalistycznymi w opiece nad dzieckiem. Wypowiedzi badanych świadczyły o tym, że większość z nich posiada właściwy stosunek do potrzeb dziecka, mimo dość rozbieżnych poglądów na temat problemów wychowawczych. Porównanie własnej oceny postępów dziecka ze strony rodziców z reprezentowanymi przez nich poglądami na sprawy wychowania i rehabilitacji, wykazuje duże znaczenie atmosfery rodzinnej oraz podkreśla wpływ nagrody na wyniki uczenia się, będącej właściwszym wzmocnieniem aniżeli kara.

Połowa spośród badanych dzieci wykazywała poziom ubytków słuchu wynoszący przeciętnie od 80—95 db dla obu uszu. Większość dzieci, bo 53%, nie uzyskała poprawy w trakcie okresu dzielącego pierwsze badanie od powtórnego, które było wykonywane po upływie około 12 miesięcy. Dość znaczna liczba jednak, bo 18 (38%), uzyskała pewną poprawę, co można tłumaczyć łącznym oddziaływaniem ćwiczeń logopedycznych, treningu słuchowego oraz korzystaniem z aparatu wzmacniającego przez dziecko. Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika dość istotna zależność pomiędzy ogólną oceną psychologiczną a postawą dziecka

wobec aparatu wzmacniającego, wyrażającą się współczynnikiem korelacji .48, (istotnym na poziomie 0,01). Ujawniła się także zależność pomiędzy typem pobudliwości nerwowej, a pewnymi czynnikami audiologicznymi, takimi jak wiek w którym rozpoznano głuchotę, nasilenie ubytków słuchu i korzystanie z protezy słuchowej przed zgłoszeniem się do poradni. Wystąpiła także wyraźna zależność pomiędzy stosunkiem, jaki dziecko przejawiało wobec zajęć rehabilitacyjnych, a stopniem zysku jaki dawała proteza. Zależność ta wzrastała w trakcie procesu rehabilitacji i przy powtórnej ocenie dziecka wyrażała się dwukrotnie większym współczynnikiem korelacji wynoszącym 48 (istotnym na poziomie 0,01).

Ćwiczenia logopedyczne przeprowadzane z dzieckiem w poradni miały przede wszystkim charakter instruktażowy i odbywały się przede wszystkim w obecności matki, której demonstrowano ćwiczenia, jakie z dzieckiem winna wykonywać w domu. Przed rozpoczęciem ćwiczeń uzyskiwano od matki informacje na temat dynamiki procesu przyswajania sobie przez dziecko materiału językowego, który został wyznaczony poprzednio. Zajęcia trwały przeciętnie od 30—40 minut i odbywały się najczęściej raz na tydzień. Jako materiał pomocniczy wykorzystywano dobrane odpowiednio drobne przedmioty codziennego użytku, zabawki, obrazki i książeczki obrazkowe dla dzieci przedszkolnych. Poza tym do ćwiczeń były wykorzystywane specjalne zeszyty, w których matki zamieszczały materiał ilustracyjny i napisy odnoszące się do aktualnie przez dziecko przyswajanego materiału językowego. W trakcie kolejnych spotkań matki otrzymywały pojedyncze zeszyty kursu korespondencyjnego dla rodziców opracowane w formie listów (polska adaptacja Kursu John Tracy z Los Angeles) zawierających wskazówki odnoszące się do postępowania wychowawczo-rehabilitacyjnego z dzieckiem głuchym w określonym wieku.

Wspólnie z innymi psychologami pracującymi w Centralnej Poradni Audiologiczno-Rehabilitacyjnej zostały opracowane przykłady zajęć przeznaczonych dla rodziców pracujących w domu nad dzieckiem. Obejmowały one pięć działów: lokomocję, oddziaływanie na zmysły, funkcje kojarzeniowe i pamięciowe, nawyki życia codziennego oraz mowę podzieloną na dwa działy: bierną i czynną. W czasie spotkań psychologa z matkami udzielane im były szczegółowe wskazania w oparciu o wyniki badań psychologicznych oraz o wspomniane wyżej układy zajęć rehabilitacyjnych. Podstawowym materiałem leksykalnym dla przeprowadzanych z dziećmi ćwiczeń były tzw. teksty słownikowe opracowane przez zespół psychologów, logopedę i językoznawcę. Odnoszą się one do dzieci w wieku od 12 miesięcy do lat 4 i zostały oparte na cytowanych już uprzednio pracach ośrodka krakowskiego dotyczących rozwoju słownika u dzieci normalnych (prace Szumana, Gepper-

towej, Przetacznikowej). Do tych tekstów zostały dołączone opisy sytuacji zabawowych, które mogą posłużyć za okazję do posługiwania się materiałem językowym. Zasób słownictwa, które potraktowane jest jako wzorcowy zestaw, nie obowiązujący w sposób sztywny, jest znacznie mniejszy aniżeli zasób słownictwa dziecka normalnie słyszącego. Obejmuje on około 400 słów najczęściej stosowanych w życiu codziennym. Poza kryteriami psychologicznymi, opartymi na prawach rozwoju umysłowego dziecka, przy ustalaniu zestawów słów dla poszczególnych okresów wieku brano pod uwagę kryteria fonologiczne tzn. łatwość wymawiania danego słowa oraz łatwość odczytywania tego słowa z układu ust, co ma doniosłe znaczenie dla dzieci głuchych. Materiał słownikowy był wiązany z cechami sensorycznymi przedmiotów dostępnych dziecku głuchemu.

Obserwując dynamikę procesu przyswajania sobie przez dzieci głuche systemu językowego można było przekonać się o przydatności opracowanych przez Piageta koncepcji wyjaśniających fakty rozwojowe. Asymilacja jako proces poznawczy ujawniła się w swych trzech stadiach w rozwoju mowy u obserwowanych dzieci. Rehabilitacja logopedyczna uaktywniała opanowane już przez dziecko schematy językowe doprowadzając do organizacji nowych struktur i całości. Obserwowałem duże trudności u badanych dzieci w zakresie koordynowania poszczególnych systemów i schematów językowych.

Jak wynika z zarejestrowanych przeze mnie danych, najwięcej trudności przysparzały dzieciom ćwiczenia mające na celu opanowywanie słownika czynnego, połączone z artykulacją poszczególnych głosek i wyrazów. Największe trudności wystąpiły w opanowywaniu tych fonemów, które wymagają najbardziej precyzyjnych ruchów języka, i jednocześnie są najtrudniejsze do odczytywania z ust. W karcie logopedycznej były rejestrowane oceny w skali pięciostopniowej odnoszące się do mowy biernej, czynnej, funkcji głosu, postawy dziecka wobec ćwiczeń oraz częstości wizyt w poradni. Na ogół rozwój mowy biernej (słownika wewnętrznego) związanej z rozumieniem wypowiedzianych w obecności dziecka słów, pojmowaniem treści obrazków i napisów, szedł w parze z rozwojem mowy czynnej. Można było jednak zaobserwować wyraźne wyprzedzanie przez mowę bierną mowy czynnej, a dość często występowało nawet duże opóźnienie zdolności głośnego wypowiedziania się w stosunku do percypowania mowy. Podkreślić wypada, że w procesie rehabilitacji logopedycznej nie wykorzystuje się w dostatecznym stopniu zasad i koncepcji wchodzących w zakres takich dziedzin jak teoria informacji, językoznawstwo matematyczne, teoria komunikacji.

W świetle uzyskanych danych na temat rehabilitacji logopedycznej, wydaje się potwierdzać teza psychologa amerykańskiego Furtha, który twierdzi, że wymagania językowe, jakie stawiamy dzieciom głuchym,

biorąc przeciętnie, przerastają znacznie ich możliwości. Wydaje się także, iż potwierdza się koncepcja lansowana na Międzynarodowej Konferencji w Toronto w 1964 roku, według której dziecko głuche, które zaczyna się rehabilitować dopiero w wieku 18 miesięcy, przekroczyło już tzw. okres krytyczny dla rozwoju mowy i w związku z tym zupełnie usprawiedliwiony jest brak postępów podjętej rehabilitacji. Większość obserwowanych przez mnie dzieci przekroczyła ten krytyczny okres w chwili rozpoczęcia rehabilitacji. Jak okazało się przy analizie wpływów różnych czynników, od których zależały pozytywne rezultaty rehabilitacji logopedycznej, dość istotną rolę odegrały takie zmienne jak dynamika rozwoju umysłowego, czynniki audiologiczne oraz postawa dziecka i jego rodziców wobec przeprowadzanych zajęć logopedycznych. U badanych dzieci oceniane były trzy sfery, stanowiące wypadkową badań diagnostycznych: lekarskich, psychologicznych i logopedycznych. Na podstawie uzyskanych wyników badań, każdą z tych trzech sfer oceniałem w skali trzystopniowej stosując określenia: „słaby, przeciętny, dobry”. W zakresie sfery psychologicznej i audiologicznej najwięcej było ocen przeciętnych (72% i 44%), natomiast w zakresie sfery logopedycznej najwięcej było ocen słabych (59%).

Bardzo ważny dział w rehabilitacji dziecka z uszkodzonym słuchem stanowi oddziaływanie na zmysł słuchu, który prawie zawsze wykazuje pewną możliwość reagowania na bardzo głośne dźwięki. Matki zgłaszające się z dziećmi do poradni dowiadywały się po raz pierwszy o konieczności stymulacji zachowanych u dziecka resztek słuchu i były zaznajamiane ze sposobami, za pomocą których mogą przeprowadzać odpowiednie ćwiczenia w domu. Jednym z istotnych elementów treningu słuchowego było zaopatrzenie dziecka w protezę słuchową. Większość, bo 29 dzieci, nie chciała korzystać z protez, mimo że rodzice je otrzymali. Podczas przeprowadzanych kilkakrotnie badań audiometrycznych stwierdzono, że aparaty wzmacniające słuch dają dziecku znaczną korzyść podwyższając krzywą progową słyszalności. U połowy badanych dzieci stwierdzono różny stopień zysku, jaki dawały ich słuchowi aparaty wzmacniające, a tylko u 29% nie zaobserwowano poprawy w krzywej progowej przy użyciu aparatu podczas badania audiometrycznego. W rozmowach z matkami można było się zorientować, że większość tych dzieci, które korzystały w domu z aparatu słuchowego, przejawiała większe zainteresowanie dźwiękami, stawała się bardziej wrażliwa na sytuacje, w których spotykały się ze źródłem dźwięków. Aparaty wzmacniające słuch powinny się charakteryzować możliwie szeroką skalą wzmocnienia i nie dawać jako działania ubocznego niepożądanych efektów akustycznych. Takie zjawiska jak szумы i trzaski bardzo często powodują wrażenia bólu, ponieważ krzywa progowa słyszalności przy dużych wzmocnieniach znajduje się blisko krzywej progowej bólu.

Uwidocznili się wyraźny wpływ korzystania przez dziecko z protezy słuchowej na ogólną ocenę psychologiczną. Zależność między faktem, czy dziecko chce nosić aparat, a ogólną oceną logopedyczną wyraża się współczynnikiem korelacji 45 (istotnym na poziomie 0,01), a zależność tej oceny od zysku, jaki przynosi dziecku aparat, uwidacznia współczynnik .33 (istotny na poziomie 0,05). Podobne zależności wystąpiły między tymi dwoma czynnikami audiologicznymi, a końcową oceną mowy biernej, czynnej i funkcji głosu.

W ramach treningu słuchowego stosowano u badanych dzieci bodźce w postaci dźwięków instrumentów perkusyjnych z uwzględnieniem podstawowych cech dźwięku, takich jak: barwa, rytm, natężenie i wysokość. Oddziaływanie za pomocą tych bodźców było łączone z różnymi prostymi czynnościami, jakie dziecko miało wykonać, z ruchami rytmicznymi i stosowano je także jako sygnały rozpoczęcia lub końca zabaw ruchowych. Reakcje dzieci na tego typu bodźce dostarczały psychologiczowi okazji dla czynienia spostrzeżeń uzupełniających wyniki badań, jakie dziecko miało już przeprowadzone.

W grupie obserwowanych przeze mnie dzieci odczytywanie mowy z ust stanowiło u większości umiejętność trudną do opanowania. W porównaniu do innych zajęć rehabilitacyjnych, takich jak ćwiczenia logopedyczne lub trening słuchowy, dzieci wykazywały w tym zakresie daleko mniejsze zainteresowanie. Do zasadniczych powodów trudności związanej z opanowywaniem odczytywania mowy z ust przez dzieci głuche należy niemożność różnicowania wzrokowego poszczególnych głosek artykułowanych w niedostępnych dla obserwacji miejscach jamy ustnej. Przy tych głoskach natomiast, które są łatwe do identyfikowania wzrokowego, występuje często trudne do uchwycenia przez osobnika głuchego udźwiękowanie lub ubezdźwięcznienie mające podstawową moc różnicującą w procesie porozumiewania się. Zarówno zajęcia związane z treningiem słuchowym jak i z odczytywaniem mowy z ust winny pozostawać w związku z uwzględnianiem czynników melodycznych mowy, na co wskazują badania L. Handzla oparte na materiale porównawczym dzieci polskich oraz czeskich: normalnych, niedo-słyszalnych i głuchych.

Współpraca psychologa z lekarzem-audiologiem wymaga wzajemnego zapoznania się z zasadniczymi koncepcjami i założeniami obu dziedzin reprezentowanych przez tych specjalistów. Przed psychologiem staje zadanie wykorzystania bogatej i rozwijającej się w szybkim tempie psychoakustyki oraz teorii uczenia się. Dotychczas bardzo niewiele prac psychologicznych na temat głuchoty nawiązuje do tych gałęzi wiedzy, co odbija się wyraźnie na ich poziomie naukowym. Nie podejmowano także prób wykorzystania badań przeprowadzanych na zwierzętach dotyczących różnych aspektów uczenia się. Badania te obejmowały

wpływ deprywacji zmysłowej na rozwój skłonności badawczych, interesowały się skutkami ograniczenia kontaktów ze środowiskiem we wczesnym okresie życia, wpływem frustracji na poziom motywacji w procesach uczenia się oraz dotyczyły zjawisk imprintingu. Szczególnie ciekawe są dla badacza zajmującego się głuchotą konkluzje, do których doszli Leontiew i Hippenreiter zajmując się reprodukowaniem głosowym wrażeń słuchowych. Stwierdzają oni, że niemożność odtwarzania niektórych wzorów jest spowodowana tym, że nie został u osobnika wytworzony we właściwym okresie rozwoju związek słuchowo-głosowy. Spostrzeżenia te, mające dla rehabilitacji dzieci głuchych podstawowe znaczenie, pozostają w zgodzie z koncepcjami Piageta, a jednocześnie nawiązują do wspomnianego wyżej i opisywanego u zwierząt imprintingu (reakcja piętna). Badania Galperina, Dawidowa, Morozowej i innych kontynuatorów myśli badawczej Leontiewa podkreślają konieczność niepomijania żadnego okresu w procesie uczenia się, a także postępowania wychowawczego zgodnego z precyzyjnie opracowanym programem. Przedstawienie tu założeń teoretycznych dla programów tych zajęć w oparciu o koncepcję wyż. wym. autorów, a także o wnioski z warte w książkach Osgooda, Hilgarda i Marquis na temat procesów uczenia się i warunkowania, przekroczyłoby ramy niniejszego opracowania. Stanowi to jednak ważny zespół zagadnień, które powinny doczekać się gruntownej analizy psychologicznej oraz szczegółowych rozwiązań praktycznych. Przykładem grupy dzieci kalekich, która stała się przedmiotem wielu oryginalnych badań naukowych i doczekała się opracowanych gruntownie rozmaitych form opieki, mogą być dzieci opóźnione umysłowo. W stosunku do nich, podobnie jak w przypadku dzieci głuchych, do procesu rehabilitacji wykorzystani są rodzice, a psychologiczne zasady postępowania wychowawczego zostały ustalone dla całokształtu opieki nad dzieckiem od pierwszych miesięcy życia aż do okresu dojrzałości.

U kilkunastu dzieci spośród obserwowanej przeze mnie grupy, tych które przebywały w przedszkolach normalnych lub żłobkach, występowały niekiedy trudne do tolerowania przez otoczenie przejawy agresji, niepodporządkowania się zasadom współżycia i nadmierna pobudliwość nerwowa. Kontakty z kierownictwem zakładów i ewentualna zmiana środowiska, która w takich przypadkach może być wskazana, wchodzić powinny w zakres obowiązków asystenta socjalnego, którego psycholog nie może zastępować mając wiele obowiązków związanych z pracą diagnostyczną. Ze względu na brak w naszym kraju dostatecznej liczby wykwalifikowanych asystentów socjalnych, rolę ich przejmują tzw. pielęgniarki społeczne po odpowiednim przeszkoleniu. U kilkorga obserwowanych przeze mnie dzieci, które przebywały w przedszkolach i sprawiały trudności wychowawcze, wspólnie z pielęgniarką społeczną

przeprowadziliśmy wywiad środowiskowy, obserwacje ich zachowania w grupie rówieśników. Na podstawie wywiadu i rozmów z personelem wychowawczym można się było zorientować, że jest on uprzedzony w stosunku do tych dzieci pragnąc usunąć je z przedszkola. Tymczasem pobyt w przedszkolu należy traktować prawie zawsze jako przedłużenie postępowania rehabilitacyjnego poza ramy poradni. Na podstawie badań nad mową dziecka prowadzonych przez szkołę poznańską pod kierunkiem S. Kowalskiego wynika, że różnorodność sytuacji, jakie dziecko spotyka w przedszkolu, zapewnia mu warunki sprzyjające przechodzeniu myślenia i mowy ze stadium sytuacyjnego do stadium wyobraźni.

Istnieje potrzeba oddziaływania na postawy społeczeństwa wobec dzieci kalekich, ponieważ dość często jeszcze spotyka się uprzedzenia, nieuzasadnioną niechęć i pozostawianie ich problemów na marginesie działalności społecznej. Liczne przykłady osób głuchych, które ukończyły wyższe studia, uzyskały odpowiedzialne zawody i pracują z dobrą wydajnością, zachęca do przyjęcia im z pomocą ze strony władz. Wielu głuchych mogłoby się stać pełnowartościowymi członkami społeczeństwa, gdyby we właściwym czasie zapewniono im możliwości rehabilitacji. W zespole specjalistów zajmujących się rehabilitacją dziecka głuchego nie może zabraknąć psychologa, zarówno w dziedzinie diagnozy jak i samej rehabilitacji. Aby sprostać zadaniom, które stawia przed nim wciąż wzrastający postęp wiedzy, psycholog musi podnosić swe kwalifikacje i uzupełniać wiedzę zdobytą na studiach. Jedną z form dokształcania zawodowego byłyby kursy podyplomowe organizowane dla osób, które niedawno kończyły studia, a inną formą mogą być zjazdy, na których psychologowie z większym stażem klinicznym wymienialiby swe doświadczenia.

T. S. Gałkowski

BIBLIOGRAFIA

1. Ammons, R. B. i Ammons, H. S.: Full-Range Picture Vocabulary Test. Psychol. Test Specialists, Missoula, Montana, 1948.
2. Anastasi, A.: Psychological testing. The Macmillan Company, New York, 1961.
3. Arthur, G.: A Point Scale of Performance Tests. Commonwealth Fund, New York, 1930.
4. Atti ufficiali del Congresso Mondiale dei Sordomuti. Ente Nazionale Sordomuti, Roma, 1951.
5. Bárczi, G. i Naby, E.: La rééducation des hongrois sourds-muets. Comte-Rendu du Deuxième Congrès Mondial des Sourds. Zagreb, 1955.

6. Bayley N.: The California First Year Mental Scale. *University of California Syllabus Series*, nr 243, 1933.
7. Bender L.: Child psychiatric techniques. Springfield, Illinois, 1952.
8. Bentzen O.: Facilities for the care of children with impaired hearing in the European Region. World Health Organization. 1963. (Materiały powielone).
9. Bentzen O.: L'ouïe au sens social. Comte-Rendu du Deuxième Congrès Mondial des Sourds, Zagreb, 1955.
10. Bielicka I. i Olechnowicz H.: Zakożenia teoretyczne psychoterapii na poziomie przedsłownym. *Pediatrica Polska*, 1966, vol. 41, 771—777.
11. Birch J. R. i Birch J. W.: The Leiter International Performance Scale as an aid in the psychological study of deaf children. *Amer. Ann. Deaf*, 1951, vol. 96, 502—511.
12. Bishop H. M.: Performance scale tests applied to deaf and hard of hearing children. *Volta Review*, 1936, vol. 38, s. 447—450.
13. Bordley J. E., Hardy W. G., Richter C. P.: Audiometry with the use of galvanic skin resistance response. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 1948, vol. 82, 596—599.
14. Borel — Maisonnny S.: Education auditive et éducation perceptive. *Journal Française d'Oto-rhino-laryngologie*. 1966, vol. 15, 397—405.
15. Borel — Maisonnny S.: *Surdité et rééducation*. *Revue du Practicien*, 1956, vol. 2997—3003.
16. Borel — Maisonnny S.: Nouveau test d'aptitudes pour enfants de 5, 6 à 10 ans. *Folia Phoniatica*, 1958, vol. 10, 40—44.
17. Borelli — Vincent M. i Oléron P.: Une nouvelle échelle de performance. *Revue de Psychologie Appliquée*. 1954, vol. 4, 153—164.
18. Boskis R. M.: Gluchije i slaboslyszaszczije deti. Moskva, Uczpedgiz, 1963.
19. Brown A. W., Stein S. P. i Röhrre P. L.: The Chicago Non-Verbal Examination. Manual of direction. Psychological Corporation, New York, 1947.
20. Brunet O. i Lézine I.: Le développement psychologique de la première enfance. P.U.F. Paris, 1965.
21. Budkevič N. G.: Obuczenie detej doszkolnogo vozrasta maszino-pisi dla formirovania u nich sviaznoj reczi. APN RSFSR, Moskva, 1960.
22. Burchard E. i Myklebust H. R.: A comparison of congenital and adventitious deafness with respect to its effect on intelli-

- gence, personality and social maturity. *Am. Ann. Deaf.* 1942, vol. 87, 140.
23. Burgmeister B. L. H. i Lorge I.: *Columbia Mental Maturity Scale Revised*. Tarrytown on-Hudson, World Book Co. New York, 1959.
 24. Büchli J. M. C.: Home education of deaf children. Report of the Proceedings of the Intern. Congr. on Educ. Deaf. Washington, 1964.
 25. Bühler C., Lumry G. K. i Carroll H. S.: *World Test Standardization Studies*. Child Care Monographs, nr 4, Child Care Publications, New York, 1951.
 26. Bystrzanowska T.: *Audiologia kliniczna*. PZWL, Warszawa, 1963.
 27. Canfield A. A.: The „sten” Scale — a modified C — Scale. *Educational Psychological Measurement*. 1951, vol. 11, 139—213.
 28. Caring for children with impaired hearing. *WHO Chronicle*, 1965, vol. 10, 158—160.
 29. Cattell R. B. i Cattell A. K. S.: *IPAT Culture Free Intelligence Test*. Ill. Inst. Pers. Abil. Test. Champaign, 1950—1959.
 30. Chalude J. i Mottier M. C.: Importance et nécessité d'une éducation précoce spécialisée. *Réadaptation*, 1967, nr 142, s. 25.
 31. Chvatcev M. E. i Szabalin S. N.: *Osobennosti psichologii gluchoho školnika*, Uczpedgiz, 1961.
 32. Church R. M.: The varied effects of punishment on behavior. *Psychological Review*, 1963, vol. 70, 469—402.
 33. *Compte-Rendu du Deuxième Congrès Mondial des Sourds*, Zagreb, 1955.
 34. Cornell E. L. i Coxe W. W.: *A Performance Ability Scale*. Examination manual. World Book Co. New York, 1934.
 35. Czerska-Jurkowska M.: *Badania psychopedagogiczne dzieci głuchych*. W książce pod red. Lipkowskiego O.: *O wychowaniu dzieci głuchych*. PZWS, Warszawa, 1967, s. 127—158.
 36. Dale D. M. C.: *Deaf children at home and at school*. University of London Press Ltd, London, 1967.
 37. Davis A. i Eells K.: *Davis-Eells Games*. World Book Co. New York, 1953.
 38. Davis H., Davis P. A., Loomis, A. L. i Hobart G. S.: Electrical reactions of human brain to auditory stimulation during sleep. *Journal of Neurophysiology*, 1939, vol. 2, 500—514.
 39. Derbyshire A. J. i McDermott M.: Further contribution to the EEG method of evaluating auditory function. *Laryngoscope*, 1958, vol. 58, 558—570.
 40. Despons J., Portmann M. i Lafon J. C.: *Les troubles de l'audition chez l'enfant*. Librairie Arnette, Paris, 1965.

41. Di Carlo L. M.: *The Deaf*. Prentice Hall, New Jersey, 1964.
42. Di Carlo L. M. i Bradley W. H.: A simplified test for infants and young children. *Laryngoscope*, 1961, vol. 71, 628—646.
43. Dix M. R. i Hallpike C. S.: „The Peep-Schow”. *The British Medical Journal*, 1947, vol. 8, 719—723.
44. Doll E. A.: *Vineland Social Maturity Scale*. Manual and directions. Educ. Test. Bur. Minneapolis, 1947.
45. Doroszevska J.: *Nauczyciel-wychowawca w zakładzie leczniczym*. PZWS, Warszawa, 1963.
46. Doroszevska J.: *Terapia wychowawcza*. Ossolineum, Wrocław, 1957.
47. Drever J. i Collins M.: *Performance Test of Intelligence*. Oliver and Boyd, Edinburg, 1928.
48. Dupont-Huber M.: L'examen psychologique des sourds-muets. *Pro Infirmis*, 1958—59, vol. 17, 85—90.
49. Ellis N. R.: The stimulus trace and behavioral inadequacy. W książce „Handbook of mental deficiency” Pod red. N. R. Ellis, McGraw-Hill Book Company, Inc., New York, 1963, s. 134—158.
50. Ewing A. W. G.: *Aphasia in children*. Oxford University Press. London, 1940.
51. Ewing A. W. G.: Linguistic development and mental growth in hearing impaired children. *Volta Review*, 1963, vol. 65, 180—185.
52. Ewing A. W. G. i Ewing I. R.: The ascertainment of deafness in infancy early childhood. *Journal of Laryngology*, 1944, vol. 59, 309—333.
53. Ewing A. i Ewing E. C.: *Teaching deaf children to talk*. Manchester University Press, Manchester, 1964.
54. *Family and mental health problems in a deaf population*. New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, 1963.
55. Filds P. E.: Study in concept formation. Development of the concept of triangularity by the rat. *Comparative Psychological Monographs*, 1932, vol. 9, 1—70.
56. Flanagan J. C.: *Tests of General Ability (TOGA)*. Chicago Sc. Res. Assoc. 1959—60.
57. Franus E.: *Rozwój reakcji gniewu u małych dzieci*. U. J. Kraków, 1959.
58. Froeschels E.: Testing of hearing of young children. *Archives of Otolaryngology*, 1946, vol. 43, 93—98.
59. Furth H. G.: *Thinking without language*. Psychological interpretation of deafness. Free Press, New York, 1963.
60. Galloway J. H.: *The Rochester Method*. Report of the Proceedings of the International Congress on Education Deaf. Washington, 1964.

61. Gałkowski T.: Czynniki psychologiczne w głuchocie dziecięcej. *Zdrowie Psychiczne*, 1965, vol. 6, 39—47.
62. Gałkowski T.: Troubles de la parole de type aphasique chez les enfants. *Acta Paedopsychiatrica*, 1966, vol. 33, 245—251.
63. Gałkowski T.: Znaczenie oceny psychologicznej dla rehabilitacji małego dziecka głuchego. V Kongres Światowej Federacji Głuchych, Warszawa, 1967. (Materiały powielone).
64. Gałkowski T. i Grossman J.: Czas reakcji na bodźce słuchowe (tony czyste) u dzieci zdrowych. *Przegląd Psychologiczny*, 1967, nr 13, s. 52—63.
65. Gałkowski T., Grossman J. i Skórzak B.: Réactions émotionnelles des enfants infirmes et l'attitude des parents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1966, vol. 14, 180—185.
66. Gałkowski T. i Tłuchowski W.: L'influenza della riabilitazione auditiva sullo sviluppo di parola e sviluppo intellettuale dei bambini sordi, oligofrenici e afasici. Atti del II Congresso Europeo di Pedopsichiatria. Roma, 1963, s. 408—413.
67. Gałkowski T.: Praca psychologa w dziedzinie rehabilitacji foniatrycznej. *Psychologia Wychowawcza*, 1963, vol. 6, 236—237.
68. Gellermann L. W.: Form discrimination in chimpanzees and two-years old children. *J. Gen. Psychol.* 1933, vol. 42, 1—50.
69. Geppertowa L.: Badania nad myślowym ujmowaniem stosunków przez dzieci i młodzież głuchoniemą. U. J. Kraków, 1964.
70. Geppertowa L.: Źródła trudności w przyswajaniu języka przez dzieci głuche. PWN, Warszawa, 1968.
71. Gesell A.: Atlas of infant behavior. Yale University Press, New Haven, 1934.
72. Gesell A.: Mental growth of preschool child. Mac Millan, 1930.
73. Gesell A. i Amatruda C.: Developmental diagnosis. Harpers and Brothers. New York, 1947.
74. Gesell A. i Thompson H.: Infants behavior, its genesis and growth. Mc Graw, New York, 1934.
75. Gilliland A. R.: The measurement of the mentality of infants. *Child Development*, 1948, vol. 19, 155—158.
76. Goldstein K. i Scheerer M.: Abstract and concrete behavior. *Psychol. Monographs*, 1941, vol. 53.
77. Goodenough F. L. i Shirley M.: A survey of intelligence of deaf children in Minesota schools. *Am. Ann. Deaf*, 1932, vol. 77, 238—242.
78. Grossman J. i Gałkowski T.: The influence of fatigue on the lowering of the threshold curve of hearing and prolongation of the reaction time. *Acta Medica Polona*, 1964, vol. 5, 447—452.
79. Handzel L.: Zagadnienie kształtowania się czynników muzycznych

- w mowie dzieci słyszących, nie słyszących, z resztkami słuchu i głuchych. Romayor, Wrocław, 1966.
80. Herren H.: *Éléments pour une psychopédagogie de la prothèse auditive. Revue générale de l'enseignement des sourdsmuets*, 1965, vol. 57, 57—75.
 81. Hiskey M.: *Nebraska Test of Learning Aptitude for Young Deaf Children*. University of Nebraska, 1955.
 82. Jezierska E.: *Obserwacje nad rozwojem głuchociemnej Krystyny Hryszkiewicz*. PWN, Warszawa, 1963.
 83. Kwiek M.: *Badania nad przebiegiem czułości słuchu na amplitudę dźwięków*. Poznańskie Tow. Przyj. Nauk, Poznań, 1950.
 84. Lafon J. C.: *Message et phonétique*. P.U.F. Paris, 1961.
 85. Leiter R. G.: *The Leiter International Performance Scale*. Santa Barbara State College Press, Santa Barbara, 1940.
 86. Levine E. S.: *The psychology of deafness*, University Press, New York, 1960.
 87. Mitrinowicz - Modrzejewska A.: *Głuchota wieku dziecięcego*. PZWL, Warszawa, 1968.
 88. Myklebust H. R.: *The psychology of deafness*. Grune and Stratton, New York, 1960.
 89. Rainer J. (Red): *Mental health planning for the deaf*. Gallaudet College, Washington, 1951.
 90. Szuman S. (Red): *O rozwoju języka i myślenia dziecka*. PWN, Warszawa, 1968.
 91. *The young deaf child. Identification and management*. *Acta Oto-laryngologica*, 1964, Suppl. 206.
 92. Tłuchowski W. i Gałkowski T.: *Wczesne wykrywanie i różnicowanie niektórych zaburzeń słuchu i mowy u małych dzieci*. *Annales Academiae Medicae Lodzensis*, 1964, vol. 4, 170—176.
 93. Zykov S. A.: *Obuczenije głuchych detej języku*. APN RSFSR, Moskwa, 1959.