

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY  
STANISŁAW MILEWSKI

Uniwersytet Gdański, Katedra Logopedii

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4510-9002>, <https://orcid.org/0000-0001-6650-2861>

## **Problemy terapeutyczne w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną – budowanie kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej**

---

**Therapeutic Issues in Work with the Intellectually Disabled  
– Building Linguistic, Communicative and Cognitive Competencies**

### STRESZCZENIE

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną stanowią znaczącą liczebnie grupę, wymagającą terapii logopedycznej od najwcześniejszych etapów rozwoju. Prowadzenie takich oddziaływań musi uwzględniać ogromne zróżnicowanie tej części populacji generalnej, wynikające m.in. z różnych możliwości intelektualnych, etiologii, notowanych zaburzeń towarzyszących (np. sensorycznych czy ruchowych), stanu zdrowia, środowiska, w których dziecko dorasta. W artykule autorzy wyróżnili z punktu widzenia praktyki logopedycznej kilka podgrup osób z niepełnosprawnością intelektualną, wymagających różnego podejścia terapeutycznego, metod i technik pracy oraz różniących się rokowaniami.

**Słowa kluczowe:** niepełnosprawność intelektualna, terapia logopedyczna, stopnie niepełnosprawności intelektualnej, etiologia niepełnosprawności intelektualnej, zaburzenia towarzyszące

### SUMMARY

People with intellectual disability constitute a group of considerable size, who require speech therapy from the earliest stages of development. The conduct of such activity must take into account enormous variances among this section of the general population, resulting from various intellectual abilities, etiology, noted accompanying disorders (e.g. sensory or motor), state of health, and the environment in which the child grows up. In this article, the authors distinguished, from the point of view of speech therapy, a few sub-groups of the intellectually disabled, requiring various therapeutic approaches, methods and work techniques, as well as with varying prognoses.

**Key words:** intellectual disability, speech therapy, degrees of intellectual disability, etiology of intellectual disability, accompanying disorders

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI<sup>1</sup>) stanowią znaczną liczebnie grupę. Jak podają Krystyna Szymańska i Elżbieta Szczepanik (2017, 50–51): „na podstawie metaanalizy obejmującej 52 badania oszacowano częstość występowania NI na 10/1000 osób”<sup>2</sup>. Podkreśla się jednocześnie, że wskaźnik ten przyjmuje różne wartości w zależności od miejsca przeprowadzania badań, grupy wiekowej poddanej badaniom, poziomu socjoekonomicznego, metod badania itd. Najczęściej NI notuje się wśród dzieci między 12. a 14. rokiem życia (wynosi on 2–3%)<sup>3</sup>, gdy system szkolny stawia najwyższe wymagania, najniższy zaś wśród dorosłych (około 1%) (Wald 1987; Komender 2002; Bobkowicz-Lewartowska 2011; Pietras i in. 2012a; Carson, Butcher, Mineka 2003)<sup>4</sup>.

Truizmem wydaje się stwierdzenie, że wszystkie dzieci z NI prezentują jakiś rodzaj komunikacyjnych i/lub lingwistycznych deficytów (Merrill 1993, 694; McGregor 2009; Griffer 2012, 240). W definicji NI, przedstawionej w klasyfikacji DSM-5 (2015), w kryterium B, dotyczącym deficytów w przystosowaniu się, podkreślono występowanie znaczących trudności w porozumiewaniu się. Ameri-

<sup>1</sup> Dla wygody czytelnika w artykule będzie stosowany skrót NI na oznaczenie niepełnosprawności intelektualnej.

<sup>2</sup> Niestety, w Polsce brakuje danych dotyczących epidemiologii NI. Wynika to między innymi z faktu, że NI stanowi jedną z form niepełnosprawności. Najczęściej przytaczana definicja WHO przyjmuje, że do grupy niepełnosprawnych zaliczają się osoby z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami. W Polsce zbiorowość osób niepełnosprawnych ulega rozbiciu na trzy podstawowe grupy, tj. osoby: niepełnosprawne prawnie i biologicznie, niepełnosprawne tylko prawnie oraz niepełnosprawne tylko biologicznie. W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 4,9 mln osób do 7,7 mln osób (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016, s. 105–106). Brakuje natomiast danych dotyczących samej NI. W raporcie „Prawa osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dostęp do edukacji i zatrudnienia. Polska 2005” stwierdza się, że „Badanie przeprowadzone w 2000 roku wskazuje jedynie, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 15 lat i więcej stanowią 3% wszystkich osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności” (*ibidem*, 37). Szacuje się więc, choć ze sporym marginesem błędów, że w 2002 roku w Polsce było około 130 tys. osób z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 16 lat i więcej, żyjących w gospodarstwach domowych.

<sup>3</sup> Według niektórych autorów w tej grupie wiekowej jest on nawet wyższy. Krystyna Komosińska (2012, 259) podaje, że częstość występowania tej formy niepełnosprawności w populacji dzieci i młodzieży wynosi 2–5%.

<sup>4</sup> Niektórzy autorzy podają dane nieco wyższe. Na przykład według Macieja Pileckiego (2007, 214) upośledzenie umysłowe diagnozuje się w 4% przypadków do szesnastego roku życia, natomiast wśród osób dorosłych ten wskaźnik wynosi 2% (por. Strelau 1997). Dla porównania w badaniach australijskich stwierdzono, że częstość występowania NI w grupie wiekowej 6-15 lat wynosiła 14,3/1000, w wieku zaś 25–50 lat – jedynie 3,3/1000 (Szymańska, Szczepanik 2017, 51).

can Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) stwierdza wręcz, że deficyty w obrębie jednego z komponentów zachowań adaptacyjnych widoczne są w całej grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną. Jest to właśnie niepełnosprawność komunikacyjna (Griffer 2012, 240–241). Jednakże opisy możliwości komunikacyjnych grupy z NI są pełne sprzeczności. Jak stwierdza Mona Griffer, badacze zajmujący się tą grupą osób prezentują największą jednomyślność w stwierdzeniu, iż wyniki dotychczasowych badań są ze sobą niezgodne (2022, 241). Kontrowersje wzbudza między innymi terminologia, służąca scharakteryzowaniu mowy tej grupy, jak i dane procentowe dotyczące występujących tu zaburzeń mowy. W opisach zaburzeń komunikacyjnych osób z NI w polskiej literaturze przedmiotu wykorzystuje się zazwyczaj termin oligofazja bądź dyslogia, które jednak, mimo ich zakorzenienia w klasyfikacjach logopedycznych, trudno uznać za jednoznaczne<sup>5</sup>.

Mimo istniejących sporów na płaszczyźnie teorii nie budzi wątpliwości przekonanie, że wszystkie dzieci z NI potrzebują diagnozy i terapii logopedycznej. Oczywiście wydaje się, że uwzględniając te potrzeby, należałoby stworzyć określony schemat diagnozy i terapii, opracować metodykę postępowania. Jest to jednak zadanie nie tylko trudne, lecz wręcz karkołomne, biorąc pod uwagę ogromne zróżnicowanie tej części populacji generalnej.

Heterogeniczność grupy z NI wynika niejako z samej definicji. Niepełnosprawność intelektualna nie jest bowiem jednostką nozologiczną<sup>6</sup>, nie ma więc określonej przyczyny, podobnego przebiegu i objawów oraz zbliżonych u wszystkich pacjentów rokowań. Zazwyczaj jest ona traktowana jako objaw (podstawowy, dominujący lub współwystępujący) wielu chorób o różnej etiologii (Komender 2002; Komender 2004) bądź stan zejściowy rozmaitych chorób i urazów (Radochoński 2001). Na zasadnicze problemy, występujące w całej tej grupie, zwracają uwagę kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacjach, np. ICD-10 czy DSM-5. Zgodnie z tą ostatnią, aby zdiagnozować NI spełnione muszą być trzy kryteria:

- A.** obecność deficytów w funkcjonowaniu intelektualnym, takich jak wnioskowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, ocenianie, uczenie się oraz uczenie się na podstawie doświadczenia – poświadczona przez ocenę kliniczną oraz dostosowany do pacjenta, standaryzowany test inteligencji;
- B.** występowanie deficytów w przystosowaniu się, powodujących niepowodzenia w realizacji standardów rozwojowych i społeczno-kulturowych, co uniemożliwia badanemu zachowanie niezależności i odpowiedzialno-

<sup>5</sup> Więcej na ten temat: K. Kaczorowska-Bray 2017a; 2017b; K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, M. Michalik 2018.

<sup>6</sup> Jednostka chorobowa według *Słownika języka polskiego PWN* (<http://sjp.pwn.pl>) to choroba o określonych przyczynach, objawach i przebiegu, oficjalnie uznana przez jakiś zespół specjalistów.

ści. Bez odpowiedniego wsparcia deficyty te ograniczają funkcjonowanie w jednej lub wielu spośród codziennych czynności, wśród których wymienia się porozumienie się, uczestniczenie w życiu społecznym, samodzielne życie w różnorodnych środowiskach, takich jak: dom, szkoła, praca lub grupa społeczna;

C. początek deficytów intelektualnych i przystosowawczych w okresie rozwojowym (DSM-5 2015, 15).

Kryteria te pozwalają na wskazanie trudności i deficytów, które muszą wystąpić u osoby, aby w jej przypadku diagnoza NI zapadła. Jednakże nawet rozpatrując to, co grupę tę łączy, dostrzec można znaczące zróżnicowanie. I tak iloraz inteligencji, który u osób z NI lekkiego stopnia kształtuje się na poziomie 50–69 IQ, w przypadku NI głębokiej osiąga pułap poniżej 20 IQ (ICD-10 2000, 190–192). Różnica możliwości intelektualnych jest więc ogromna. Podobnie dzieje się w przypadku kryterium B, dotyczącego oceny możliwości adaptacyjnych. Osoby z lekkim stopniem NI często funkcjonują samodzielnie bądź też przy niewielkim wsparciu otoczenia. Zdobywają zawód, podejmują pracę, zakładają rodziny, a więc spełniają się w rozmaitych rolach społecznych. Grupa z NI głęboką wymaga pomocy przez całe swoje życie i najczęściej w każdej płaszczyźnie codzienności<sup>7</sup>, łącznie z zaspokajaniem podstawowych potrzeb fizjologicznych. Kryterium C wskazuje czas, w którym objawy zarówno w sferze poznawczej, jak i w zachowaniach adaptacyjnych powinny się ujawnić. Należy zaznaczyć, że samo określenie *wiek rozwojowy* nie jest szczególnie precyzyjne. Terminem tym obejmuje się bowiem dzieciństwo i adolescencję (Morrison 2016, 35). Większość przypadków NI powstaje jednak w okresie perinatalnym bądź też czynnik uszkodzający zadziałał przed narodzeniem (czy wręcz przed zapłodnieniem, np. w przypadku niektórych postaci zespołu Downa). W niewielu przypadkach rozwój dziecka przebiegał przez pewien czas w sposób typowy. James Morrison (2016, 35) podaje, że jedynie ok. 5% NI powstaje w wyniku nabytych w dzieciństwie zaburzeń i stanów somatycznych (np. zatrucia ołowiem, infekcji czy urazów), a ok. 20% jest konsekwencją czynników środowiskowych (np. deprivacji) lub zaburzeń psychicznych (np. schizofrenii o wczesnym początku). Zgodnie z tradycyjnym podejściem w psychiatrii byłyby to grupy dzieci zasadniczo różniące się w funkcjonowaniu. Już bowiem Emil Kraepelin, jak i Jean-Étienne Dominique Esquirol różnicowali niedorozwój umysłowy (zabu-

<sup>7</sup> Klasyfikacja DSM-4 TR (2008) precyzyjniej niż DSM-5 wskazuje obszary, w obrębie których osoby z NI wykazują najczęściej problemy adaptacyjne. Były to: komunikacja; zaradność osobista; prowadzenie domu; umiejętności społeczne i interpersonalne; korzystanie z zasobów środowiskowych; samostanowienie; umiejętność uczenia się; pracowanie; wypoczywanie; dbanie o zdrowie i bezpieczeństwo. Osoby z NI lekkiego stopnia zazwyczaj przejawiają trudności w zakresie uczenia się oraz podjęcia pracy zawodowej. Im głębsza niepełnosprawność, tym więcej z wyróżnionych sprawności podlega zaburzeniom.

zenia ogólnego rozwoju psychicznego powstałe wcześniej, tzn. nabyte w okresie płodowym lub później, o podłożu dziedzicznym lub wrodzonym) i demencję, czyli otępienie (upośledzenie ogólnego rozwoju psychicznego powstałe później, w wyniku chorób). Podobne podejście znajdziemy także na gruncie polskim. Przykładem mogą być poglądy Marii Grzegorzewskiej (1964) czy Ryszarda Kościelaka (1984, 1989), którzy posługują się terminem *upośledzenie umysłowe* jako nadrzędnym wobec takich terminów jak oligofrenia i otępienie. Oligofrenia w tym ujęciu byłaby niedorozwojem umysłowym istniejącym od urodzenia lub najwcześniejszego dzieciństwa (do 3. roku życia), wywołanym wstrzymaniem rozwoju mózgu i wyższych czynności nerwowych, natomiast otępienie to te przypadki, które pojawiają się później, po 3. roku życia i polegają na „uwstecznieniu psychiki” w wyniku działania jakiegoś patologicznego procesu. W przypadku demencji, jak stwierdza Kościelak (1984, 12): „ogólny rozwój umysłowy do pewnego momentu przebiegał prawidłowo, a następnie w wyniku działania czynników szkodliwych nastąpił rozpad pełnosprawnych funkcji intelektualnych z tendencją do regresji”.

Heterogeniczność omawianej tu grupy wynika także z wielu innych niż wyżej wskazane czynników. Zasadniczą kwestią jest, co oczywiste, etiologia. NI może być spowodowana wieloma różnorodnymi czynnikami etiologicznymi, działającymi w różnym momencie okresu rozwojowego. Jedno z nowszych spojrzeń na zagadnienie czynników ryzyka niepełnosprawności intelektualnej prezentuje Robert L. Schalock i współpracownicy (2010). Istotne jest w tym podejściu szerokie ujęcie czynników społecznych, behawioralnych i edukacyjnych, szczególnie ważnych w przypadku niepełnosprawności stopnia lekkiego. I tak badacze wyodrębnili tu trzy okresy działania czynników ryzyka:

1. prenatalny:

- czynniki biomedyczne – zaburzenia chromosomalne, zaburzenia jednogenne, zespoły (syndromy), zaburzenia metaboliczne, dysgenezyje, choroby matki, wiek rodziców;
- czynniki społeczne – ubóstwo, niedobory żywieniowe matki, brak dostępu do opieki prenatalnej;
- czynniki behawioralne – branie narkotyków w ciąży, picie alkoholu w ciąży, palenie papierosów przez rodziców, niedojrzałość rodziców;
- czynniki edukacyjne – niepełnosprawność poznawcza rodziców bez korzystania ze wsparcia, nieprzygotowanie do rodzicielstwa;

2. perinatalny:

- czynniki biomedyczne – wcześniactwo, uszkodzenie okołoporodowe, zaburzenia neonatalne;
- czynniki społeczne – brak dostępu do opieki prenatalnej;
- czynniki behawioralne – odrzucenie sprawowania opieki przez rodziców, porzucenie dziecka przez rodziców;

- czynniki edukacyjne – brak skierowania medycznego do wczesnej interwencji;
- 3. postnatalny:
  - czynniki biomedyczne – powypadkowe uszkodzenie mózgu, niedożywienie, zapalenie opon mózgowych, padaczka, zaburzenia degeneracyjne;
  - czynniki społeczne – nieprawidłowe interakcje dziecko – opiekun, brak właściwej stymulacji, ubóstwo, choroba chroniczna w rodzinie, instytucjonalizacja;
  - czynniki behawioralne – maltretowanie i zaniechanie dziecka, przemoc domowa, niewystarczające środki chroniące bezpieczeństwo dziecka, społeczna deprywacja, trudne zachowania dziecka;
  - czynniki edukacyjne – niewydolni pod względem wychowawczym rodzice, zbyt późna diagnoza, niewłaściwy system wczesnej interwencji, niewłaściwy system specjalnej edukacji, niewłaściwe wsparcie rodziny (Schalock i in. 2010; za: Żyta 2014, 21).

Czynniki społeczne, behawioralne oraz edukacyjne stanowią główne podłoże NI w stopniu lekkim. Jak stwierdza Renata Strzyżewska: „Istnieją dwie przyczyny upośledzenia umysłowego. Pierwsza związana jest z *patologicznym stanem somatycznym* (pathological physical conditio). W tym przypadku upośledzenie umysłowe jest wtórną konsekwencją urazu lub choroby. Drugim zwany jest *upośledzenie kulturowo-rodzinne* (cultural-familial retardation) i pojawia się jako skutek oddziaływania czynników środowiskowych – głównie rodzinnych (postawy rodziców, niekorzystne oddziaływanie na dziecko, działanie czynników genetycznych i psychospołecznych oraz dziedziczenie” (Strzyżewska 2005, 68–69; por. Shapiro i Batshaw 2013, 297). Z punktu widzenia etiologii można więc wyróżnić dwie grupy osób, u których NI będzie miała inne podłoże:

1. osoby z NI lekkiego stopnia, które w ok. 95% (Gunzburg 1971, 371; Wald 1981, 94) pochodzą z rodzin najuboższych, o najniższym poziomie wykształcenia, często wielodzietnych. Badania sytuacji rodzinnej dzieci upośledzonych umysłowo prowadzone przez Ryszarda Kościelaka (1996), Małgorzatę Kościelską (1984) czy Krystynę Barłóg (2008) potwierdzają trudne warunki, w których wychowują się dzieci z NI tego stopnia. Małgorzata Kościelska wręcz stwierdza, że specyfika dzieci upośledzonych umysłowo polega przede wszystkim na tym, że „jako populacja miały one znacznie gorsze niż przeciętne warunki rozwoju w sensie zarówno biologicznym, jak i społecznym” (*ibidem*, 351). Etiologię NI można w tym przypadku określić jako środowiskowo-kulturową. Wobec tego rodzaju NI w literaturze przedmiotu stosuje się różne nazewnictwo. I tak na przykład Stanisław Kowalik (2008, 138–139) określił je jako społeczno-rodzinne, Klimasiński zaś jako upośledzenie umysłowe wyuczone bądź kulturowo-rodzinne (2000, 75; 2002, 73), Mona Griffer nazywa je NI pochodzenia rodzinnego (2012, 234), podkreślając podłoże zaburzenia.

2. osoby z NI głębszego stopnia – w przypadku tej grupy zależności między frekwencją występowania zaburzenia a środowiskiem się nie stwierdza. Podkreśla się natomiast, że za większość przypadków upośledzenia w stopniu głębszym odpowiadają przyczyny organiczne, które zazwyczaj dzieli się na genetyczne i nabyte (Kostrzewski 1981; Wald, Stomma 1981; Obuchowska 1995; Kościelak 1996; Klimasiński 2000; Kozubska 2000; Carson, Butcher, Mineka 2003; Pilecki 2007; Kowalik 2008; Heward 2013).

Mona Griffer (2012, 234) wskazuje zasadnicze różnice między wyodrębnionymi typami niepełnosprawności intelektualnej. Grupy te różnią się bowiem według badaczki nie tylko etiologią, ale także warunkami środowiskowymi, w których wznoszą, stanem zdrowia, występowaniem cech dysmorficznych i anomalii w budowie ciała oraz możliwościami rozwojowymi.

Tego rodzaju podział, oparty na kryterium etiologicznym, jest istotny z punktu widzenia terapii. Obie wyodrębnione bowiem grupy prezentują odmienny wzorzec rozwoju mowy, a co za tym idzie – w ich terapii logopedycznej stawiane są inne cele terapeutyczne, inny jest także dobór metod i technik pracy. Dzieci z NI lekkiego stopnia przechodzą przez te same etapy w rozwoju mowy, co grupa o rozwoju typowym, choć robią to w wolniejszym tempie i z malejącą dynamiką. „Etapy te są u osób upośledzonych umysłowo generalnie nieskończone i fragmentaryczne. Mechanizm rozwoju jest wolniejszy i mniej wydajny” (Tarkowski 2005, 565). Ich przebieg także może być swoisty, ponieważ „etapy te są u osób upośledzonych umysłowo generalnie nieskończone i fragmentaryczne. Mechanizm rozwoju jest wolniejszy i mniej wydajny” (*ibidem*). W miarę upływu czasu różnice między dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną i w normie nie tylko się nie zacierają, ale stają się coraz wyraźniejsze, szczególnie w obrębie systemu syntaktycznego i leksykalno-semantycznego. Dzieci o NI głębszej prezentują atypowy wzorzec rozwoju mowy, co wynika m.in. z dysfunkcji biologicznych występujących w tej grupie. W przypadku części tej grupy wykształcenie mowy jest niemożliwe, co wynikać może z głębokich ograniczeń poznawczych lub/i anomalii anatomicznych w obrębie układów umożliwiających taką formę komunikacji. O ile więc prowadząc terapię dziecka z NI lekkiego stopnia, terapeuta może formułować cele zbliżone do stawianych przed dzieckiem o rozwoju typowym (np. wywołanie głosek nierealizowanych lub uzyskanie prawidłowej artykulacji przy deformacji), o tyle w przypadku pacjentów o głębszych problemach rozwojowych jest to z reguły niemożliwe.

To, co sprawia szczególną trudność terapeutom pracującym z tą grupą osób, jest bezsprzecznie wielość i różnorodność notowanych zaburzeń towarzyszących NI. Do najczęściej występujących zaliczyć należy zaburzenia sensoryczne. Wskazuje się, że około 60% populacji z NI demonstruje jakąś ich formę. Należą do nich np. zaburzenia wzroku czy słuchu, w szczególny sposób interesujące logope-

dów. Aż u około 40%–50% grupy diagnozuje się istotne zaburzenia słuchu (Barr i in. 1999, 1486; Carvill 2001, 471; Levy 2009, 147; Barron, Winn 2009, 3). Można wskazać osoby szczególnie zagrożone tego typu problemami, np. z zespołem Downa, u których ryzyko wystąpienia zaburzeń sensorycznych wzrasta do 80% (Barron, Winn 2009, 3). Podaje się, że u blisko 30%–70% osób z NI diagnozuje się znaczące problemy w funkcjonowaniu narządu wzroku, a więc od 8,5 do 200 razy częściej problemy w porównaniu z populacją ogólną. Wpływ zaburzeń wzroku na rozwój mowy nie do końca jest poznany (zob. Kaczorowska-Bray 2014; Milewski, Kaczorowska-Bray 2015; Kaczorowska-Bray, Milewski 2016; Kaczorowska-Bray, Milewski 2017). Jednakże wielu badaczy zwraca uwagę, że uszkodzenie wzroku zaistniałe we wczesnym okresie rozwojowym może skutkować ubogimi umiejętnościami komunikacyjnymi. Co oczywiste utrudnia niemowlęciu obserwację twarzy opiekuna i dostrzeganie układu narządów artykulacyjnych, typowego dla danej głoski. Kontakt wzrokowy z rozmówcą jest także niezwykle istotny dla stworzenia samej sytuacji rozmowy i naprzemiennego przyjmowania roli słuchającego i mówiącego. Uszkodzenie narządu wzroku odcina również mówiącego od źródeł niewerbalnych: uniemożliwia obserwację wyrazu twarzy, nakierowania wzroku, gestów czy ruchu ciała w przestrzeni (Levy 2009, 150).

Niepełnosprawność intelektualna to stan globalnego opóźnienia tempa rozwoju psychoruchowego pod postacią ciężkich i rozległych zaburzeń (Szmigielski 2010, 89), w którym zaburzeniom sprawności umysłowej towarzyszą często zaburzenia motoryki, a także odchylenia stanu fizycznego. W przypadku dzieci o NI lekkiego stopnia wykształcanie poszczególnych umiejętności motorycznych może być opóźnione nawet do trzech lat, przy głębszych formach NI – cztery lata i więcej. Opóźnienia te mają charakter jakościowy i ilościowy. Różnice między grupą z NI a dziećmi o rozwoju typowym pogłębiają się przy tym wraz z wiekiem (Payne, Yan, Block 2010, 18; Block 2012, 448)<sup>8</sup>. W przypadku głębszej niepełnosprawności, której przyczyną są uszkodzenia neurologiczne bądź zespoły wad genetycznych, notowane jest znacznie wyższe niż populacyjne ryzyko wystąpienia anomalii anatomicznych oraz ogólnie złego stanu zdrowia, co dodatkowo utrudnia rozwój ruchowy dziecka (*ibidem*).

U każdej z osób z NI zaburzenia towarzyszące, ich typ i nasilenie, tworzyć mogą unikatowy układ, co uwzględnić musi logopeda prowadzący terapię. Stymulacja niektórych deficytów powinna być przez terapeutę ujęta w programie terapii, np. ćwiczenia percepcji wzrokowej, słuchowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej. Ponieważ dziecko z NI, szczególnie głębszego stopnia, jest pod opieką

---

<sup>8</sup> Potwierdzeniem mogą być badania Jiabei Zhanga (2005), prowadzone w grupie dzieci z NI lekkiego stopnia w wieku 12–15 lat, które wykazały opóźnienia ruchowe w granicach 6–10 lat w stosunku do rówieśników o rozwoju typowym. Grupy przebadano *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency*.

także innych specjalistów, np. fizjoterapeutów czy terapeutów integracji sensorycznej, konieczna jest współpraca w ramach wielospecjalistycznego zespołu, co zapewni spójność oddziaływań i zwiększy ich efektywność.

Z punktu widzenia logopedy, który uwzględnia zarówno różnice w przebiegu rozwoju mowy, jak i możliwości komunikacyjne osób z NI, grupa ta rozpada się na kilka przynajmniej podgrup. I tak zasadniczy podział wyodrębnia osoby z NI lekkiego stopnia. Wyłonienie tej podgrupy jest uzasadnione odmienną zazwyczaj niż u dzieci o NI głębszej etiologią i warunkami środowiskowymi, w których przebiega rozwój dziecka, jak również odmiennym przebiegiem samego rozwoju mowy. Zazwyczaj nie wykazują one uszkodzeń neurologicznych, a baza, na której kształtują się ich możliwości intelektualne, pozwala na wykształcenie mowy w pełni komunikatywnej. Za jej pomocą potrafią one przekazać swoje potrzeby, nawiązać relacje z otoczeniem. Poziom opanowania mowy pozwala im w okresie dorosłości na podjęcie pracy i wchodzenie w rozmaite role społeczne. Zadania, które realizuje logopeda w terapii takiego pacjenta, są zbliżone do stawianych przed dzieckiem o rozwoju typowym. Należy do nich także dbałość o poprawność artykulacyjną. Jednak, co oczywiste, usunięcie występujących licznie deformacji głosek może okazać się zadaniem znacznie trudniejszym i bardziej czasochłonnym niż w przypadku rówieśnika, którego rozwój przebiega bez zaburzeń. Liczne w tej grupie anomalie anatomiczne, np. wady zgryzu, często nie są poddawane leczeniu, co uniemożliwić może uzyskanie prawidłowego brzmienia głosek. Nie zawsze terapia zakończy się sukcesem, ponieważ osoby z NI lekkiego stopnia rzadko kiedy wykształcają motywację wewnętrzną, która jest niezbędna na etapie automatyzacji prawidłowej realizacji głosek. Logopedzi nie mogą liczyć zazwyczaj na wsparcie i współpracę najbliższego otoczenia dziecka. Rodzice, borykający się z problemami materialnymi, nie mają czasu, aby pomóc dziecku w ćwiczeniach. Zdarza się także, że z racji swoich ograniczeń poznawczych nie dostrzegają wagi problemu.

Kolejny podział różnicuje grupę z NI na osoby z NI lekkiego i umiarkowanego stopnia oraz grupę o NI znacznej i głębokiej. W przypadku pierwszej z wyróżnionych podgrup ograniczenia w sferze intelektualnej nie są na tyle poważne, aby uniemożliwić rozwój mowy. Tak więc, dopuszczając oczywiście opóźnienia w tej mierze, oczekiwac możemy, że dzieci z lekką NI pierwsze słowa wypowiedzą ok. 3. roku życia, zdania zaś – około 5. roku życia. W grupie z umiarkowaną niepełnosprawnością pojawią się one później, jednakże w wieku szkolnym mowa powinna stać się dla nich głównym narzędziem komunikacji (Bogdanowicz 1989; Bleszyński 2012; Kaczorowska-Bray 2012). Jeżeli tak się nie dzieje, należy szukać innej przyczyny tak głębokich opóźnień, gdyż nie możemy ich tłumaczyć samą niepełnosprawnością intelektualną. W przypadku dzieci o głębszej NI rozwój mowy jest niekiedy niemożliwy – przeszkodą mogą być anomalie w budowie

anatomicznej narządów mowy, uszkodzenia neurologiczne bądź zbyt niski iloraz inteligencji, który powoduje, że mowa jest dla nich zbyt trudna i abstrakcyjna. Zadaniem logopedy jest wczesne rozpoznanie i jak najszybsze zaproponowanie tam, gdzie jest to możliwe, odpowiedniej formy komunikacji wspomagającej bądź alternatywnej. Jej dobór jest znacznie trudniejszym zadaniem niż mogłoby się wydawać – wybrany system nie tylko musi być dopasowany do możliwości dziecka, uwzględniając jego deficyty ruchowe czy sensoryczne, ale musi być także akceptowany przez otoczenie, które w wielu przypadkach, np. systemów opartych na gestykulacji, musi sobie ten system przyswoić.

Ostatni podział, na który zwrócimy uwagę w artykule, wydziela z grupy osób z NI te, u których ograniczenia poznawcze są na tyle głębokie, że nie tylko mowa, ale i komunikacja alternatywna jest niemożliwa do wprowadzenia. U osób tych uszkodzenia neurologiczne uniemożliwiły wykształcenie się intencji komunikowania się. Innymi słowy, nie są one w stanie dostrzec i zrozumieć, że swoim zachowaniem mogą oddziaływać na otoczenie i powodować w nim określone zmiany. Zazwyczaj opisuje się je jako funkcjonujące na poziomie odruchowym, prewerbalnym, przedintencjonalnym bądź na poziomie komunikacji nieintencjonalnej jednostronnej (m.in. Ruiters 2000; Barron i Winn 2009; Baraniewicz i Baraniewicz 2007). Osoby z tej grupy nie zachowują się w sposób intencjonalny ani też nie kierują swoich reakcji w stronę określonego odbiorcy. Zazwyczaj notowane są u nich duże ograniczenia ruchowe, ale część osób wykształciła pewne umiejętności w zakresie lokomocji. Obserwujący opiekun może nadać znaczenie zachowaniu podopiecznego, choć jest ono często dla niego w dużej mierze niejasne. Dlatego też taka interpretacja nosi często znamiona „nadinterpretacji”. Na tym poziomie komunikacji próbom zrozumienia i nadania znaczenia, podejmowanym przez terapeutów i opiekunów, podlegać mogą: krzyki, nakierowanie wzroku, uśmiechy, piski, napięcie mięśniowe, zabarwienie skóry, zmiany głosu (natężenie, wysokość dźwięków), ruchy ciała i zmiany pozycji (kinezjetyka), ewentualne zmiany odległości wobec osób w otoczeniu (proksemika) itp. (Baraniewicz, Baraniewicz 2007). W przypadku grupy o tak głębokiej niepełnosprawności postępowanie logopedyczne jest szczególnie utrudnione – zarówno diagnoza, jak i terapia wymagają specyficznych umiejętności i szerokiej wiedzy terapeuty, ale też czasu, który diagnosta i terapeuta musi poświęcić na obserwację zachowań podopiecznego, szczególnie tych, które służą nawiązaniu relacji z otoczeniem.

Im głębsza niepełnosprawność intelektualna, tym mniejsze możliwości zastosowania metod i technik pracy, które należy uznać za podstawowe w pracy z osobami o rozwoju typowym. Zaburzenia percepcji mowy, trudności w koncentracji uwagi, problemy w kinestezji narządów mowy, zaburzenia sensoryczne – to tylko niektóre spośród trudności ograniczających aktywne uczestnictwo pacjentów w terapii. Osoba z NI to pacjent wymagający od terapeuty nie tylko

pogłębionej wiedzy teoretycznej, obejmującej zagadnienia logopedyczne, medyczne, psychologiczne czy pedagogiczne. Konieczna jest także znajomość wielu metody wspomagających pracę logopedyczną, opierających się na ruchu, muzyce, rytmie, uwzględnianie metod pozwalających na polisensoryczną stymulację podopiecznego.

Po uwzględnieniu specyficznych potrzeb diagnostycznych i terapeutycznych osób z NI wydaje się konieczne wyraźnie wyodrębnić w logopedii subdyscyplinę, którą określić można by jako oligofrenologopedię. Wpisanie oligofrenologopedii na listę zawodów pozwoliłoby na rozwój kształcenia grupy terapeutów, którzy chcieliby zmierzyć się z wyzwaniem, jakim jest praca z osobą z NI.

#### BIBLIOGRAFIA

- Baraniewicz D., Baraniewicz M., 2007, *Możliwości komunikacyjne uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, [w:] *Umiejętności komunikacyjne osób z niepełnosprawnością. Teoria, diagnoza, wspomaganie*, red. J. Baran, A. Mikrut, Kraków, s. 195–205.
- Barłóg K., 2008, *Wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w różnych formach edukacji wczesnoszkolnej*, Rzeszów.
- Barr O., Gilgunn J., Kane T., Moore G., 1999, *Health screening for people with learning disabilities by a community learning disability service in Northern Ireland*, „Journal of Advanced Nursing”, 29, s. 1482–1491.
- Barron D. A., Winn E., 2009, *Effective Communication*, [w:] *Intellectual Disability Psychiatry: A practical handbook*, red. A. Hassiotis, D. A. Barron, I. Hall, John Wiley & Sons Ltd, s. 3–20.
- Block M. E., 2012, *Developmental Motor Delays*, [w:] *Human Motor Development*, red. V. G. Payne, L. D. Isaacs, New York, s. 448–472.
- Błęzyński J.J., 2012, *Diagnoza rozwoju mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot, s. 177–222.
- Bobkiewicz-Lewartowska L., 2011, *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Gdańsk.
- Bogdanowicz M., 1991, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa.
- Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S., 2003, *Psychologia zaburzeń*, vol. 2, Gdańsk.
- Carvill S., 2001, *Review: Sensory impairments, intellectual disability and psychiatry*, „Journal of Intellectual Disability Research”, 45, s. 467–483.
- Griffer M. R., 2012, *Language and Children with Intellectual Disabilities*, [w:] *An Introduction to Children with Language Disorders*, red. V.A. Reed, Boston M.A. s. 229–272.
- Grzegorzewska M., 1964, *Pedagogika specjalna*, Warszawa.
- Gunzburg H. C., 1971, *Zawodowa i społeczna rehabilitacja osób upośledzonych umysłowo*, [w:] *Upośledzenie umysłowe, Nowe poglądy*, red. A.M. Clarke, A.D.B. Clarke, Warszawa, s. 369–399.
- Heward W. L., 2013, *Exceptional Children. An Introduction to Special Education. The 10<sup>th</sup> edition*, Boston.
- Kaczorowska-Bray K., 2012, *Zaburzenia komunikacji językowej w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. J. Błęzyński, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 36–64.
- Kaczorowska-Bray K., 2014, *Specyfika rozwoju mowy i języka dzieci niewidomych*, [w:] *Interdyscyplinarność w logopedii*, red. A. Hamerlińska-Latecka, M. Karwowska, Gliwice, s. 57–84.

- Kaczorowska-Bray K., Milewski S., 2016, *Specyfika rozwoju umiejętności komunikacyjnych dzieci z uszkodzeniem narządu wzroku*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 260–285.
- Kaczorowska-Bray K., 2017, *Zaburzenia mowy u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną – trudności badawcze*, [w:] *Studia logopedyczno-lingwistyczne. Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Edwarda Łuczyńskiego*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, B. Kamińska, Gdańsk, s. 245–269.
- Kaczorowska-Bray K., 2017, *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim*, Gdańsk.
- Kaczorowska-Bray K., Milewski S. Michalik M., 2018, *О профиле сформированности языковых умений у детей с умственной отсталостью легкой, умеренной и тяжелой степени* [On the profile of the level of formation of linguistic skills in children with mild, moderate and severe intellectual disability], „Специальное образование”, nr 1, s. 91–104
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków–Warszawa.
- Klimasiński K., 2000, *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*, Kraków.
- Klimasiński K., 2002, *Współczesna psychopatologia*, Kraków.
- Komender J., 2002, *Upośledzenie umysłowe – niepełnosprawność umysłowa*, [w:] *Psychiatria*, t. 2, red. A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław, s. 617–644.
- Komender J., 2004, *Upośledzenie umysłowe – niepełnosprawność umysłowa*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa, s. 92–109.
- Komosińska K., 2012, *Zaburzenia zdrowia psychicznego*, [w:] *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, red. B. Woynarowska, A. Kowalewska, Z. Izdebski, K. Komosińska, Warszawa, s. 257–265.
- Kostrzewski J., 1981a, *Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo*, [w:] *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*, red. K. Kirejczyk, Warszawa, s. 97–129.
- Kościelak R., 1984, *Psychologia kliniczna upośledzonych umysłowo. Wybrane zagadnienia*, Gdańsk.
- Kościelak R., 1989, *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*, Warszawa.
- Kościelak R., 1996, *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, Warszawa.
- Kościelska M., 1984, *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny: badania uczniów szkół specjalnych*, Warszawa.
- Kowalik S., 2008, *Osoby niepełnosprawne i psychologiczne aspekty ich rehabilitacji*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 2, red. H. Sęk, Warszawa, s. 273–286.
- Kozubka A., 2000, *Opieka i wychowanie w rodzinie dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim*, Bydgoszcz.
- Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, 2008, red. J. Wciórka, Wrocław.
- Kryteria Diagnostyczne z DSM-V. Desk Reference*, 2015, Wrocław.
- Levy G., 2009, *‘Sight Is Might’: Vision and Vision Impairment in People with Profound Intellectual and Multiple Disabilities*, [w:] *Profound Intellectual and Multiple Disabilities: Nursing Complex Needs*, red. J. Pawlyn, S. Carnaby, Oxford, s. 147–167.
- McGregor K., 2009, *Semantic in Child Language Disorders*, [w:] *Handbook of Child Language Disorders*, red. R.G. Schwartz, New York, s. 365–387.
- Merrill E.C., 1993, *Language Acquisition and Development in Persons with Mental Retardation*, [w:] *Linguistic Disorders and Pathologies. An International Handbook*, red. G. Blanken, J. Dittmann, H. Grimm, J.C. Marshall, C.W. Wallesch, Berlin–New York, s. 688–696.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2015, *Logopedyczne aspekty przyswajania języka przez dzieci niewidome*, „Poradnik Językowy”, 5, Towarzystwo Kultury Języka, s. 31–44.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2017, *Усвоение языка незрячими детьми – обзор научных исследований*, „Дефектология. Научно-методический журнал”, 3, s. 3–11.

- Morrison J., 2016, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków.
- Obuchowska I., 1995, *Dziecko upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa, s. 199–239.
- Payne V. G., Yan J. H., Block M., 2010, *Human Motor Development in Individuals with and without Disabilities*, New York.
- Pietras T., Witusik A., Bobińska K., Florkowski A., Talarowska M., Banasiak M., 2012, *Epidemiologia niepełnosprawności intelektualnej*, [w:] *Niepełnosprawności intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, red. K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki, Wrocław, s. 41–44.
- Pilecki M., 2007, *Psychiatria wieku rozwojowego – wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów szkół medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa, s. 187–212.
- Radochoński M., 2001, *Podstawy psychopatologii dla pedagogów*, Rzeszów.
- Ruiter I.D., 2000, *Allow me*. Toronto.
- Shapiro B.K., Batshaw M.L., 2013, *Developmental Delay and Intellectual Disability*, [w:] *Children with Disabilities. Seventh edition*, red. M.L. Batshaw, N.J. Roizen, G.R. Lotrecchiano, Baltimore, London, Sydney, s. 291–306.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, 2016, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Strelau J., 1997, *Inteligencja człowieka*, Warszawa.
- Strzyżewska R., 2005, *Diagnostyka psychologiczna w pediatrii*, [w:] *Norma kliniczna w pediatrii*, red. M. Krawczyński, Warszawa, s. 60–79.
- Szmigiel Cz., 2010, *Rozwój psychomotoryczny małego dziecka i jego zaburzenia*, [w:] *Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, t. 1, red. Cz. Szmigiel, W. Kiezbak, Kraków, s. 55–115.
- Tarkowski Z., 2005, *Mowa osób upośledzonych umysłowo i jej zaburzenia*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, Opole, s. 553–606.
- Wald I., 1981, *Etiologia upośledzenia umysłowego*, [w:] *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*, red. K. Kirejczyk, Warszawa, s. 86–94.
- Wald I., 1987, *Upośledzenie umysłowe*, [w:] *Psychiatria*, t. 1, red. S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, Warszawa, s. 428–454.
- Wald I., Stomma D., 1987, *Upośledzenie umysłowe*, [w:] *Psychiatria wieku rozwojowego*, red. A. Popielarska, Warszawa, s. 185–195.
- Zhang J., 2005, *A quantitative analysis of motor developmental delays by adolescents with mild mental retardation*, „Palaestra”, 21(1), s. 7–8.
- Żyta A., 2014, *Niepełnosprawność intelektualna – najnowsze zmiany terminologiczne i diagnostyczne w świetle DSM-5, ICD-11 oraz AAIDD*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1, s. 17–27.

Internet:

*Słownik języka polskiego PWN* [<https://sjp.pwn.pl/szukaj/jednostka%20chorobowa.html>] [dostęp: 16.05.2018; godz. 13:20]

