Anna Surmacz

Zespół Szkół w Wysokiem

Kształcenie zachowań komunikacyjnych w terapii osoby ze sprzężonymi zaburzeniami mowy. Studium przypadku

Training Communicative Behaviours in the Treatment of Patient with Combined Speech Disorders. A Case Study

W niniejszym artykule przedstawiam opis komunikacji dziecka ze sprzężonymi zaburzeniami mowy w perspektywie terapii logopedycznej. Na podstawie zebranego i poddanego analizie materiału badawczego podejmuję próbę diagnozy logopedycznej. Postępowanie diagnostyczne posłuży wyjaśnieniu mechanizmów powstania zaburzeń, a także pozwoli zaplanować program terapii logopedycznej.

Wybór do opisu właśnie Pawła był podyktowany wieloma względami. W badaniach chłopca brakuje diagnozy logopedycznej. Paweł uczęszczał do różnych logopedów od trzeciego roku życia, jednak dotychczasowa terapia nie przyniosła większych rezultatów. Miałam możliwość obserwowania pracy z Pawłem, opartej głównie na metodach stosowanych w dyslalii. Z chłopcem ćwiczono wypowiadanie głosek w izolacji przed lustrem. Prowadzono też naukę dmuchania, by wypracować oddech mowny. Preferowano głównie zajęcia niewerbalne, bo taką formę aktywności najczęściej wybierało dziecko. Wydaje się, że poważnym zaniedbaniem było ignorowanie zasad naturalnego nabywania języka i próba nauki mowy poprzez wykorzystanie tylko dwóch modalności – wzroku i słuchu (praca z obrazkami). Paweł nie porozumiewa się za pomocą mowy, dlatego sensowne

wydało mi się zbadanie i opis funkcjonowania języka dziecka w perspektywie kompleksowej terapii logopedycznej.

Materiał badawczy obejmuje badanie logopedyczne, poszerzone o *Profil Dyzartrii* S. Robertson, opracowany przez A. Lewandowskiego i Z. Tarkowskiego [1989]. W celu zbadania rozumienia mowy dużą pomocą okazał się nie publikowany jeszcze *Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji „Słowa i Gesty"* (część dotycząca rozumienia) w opracowaniu M. Smoczyńskiej [1999]. W przypadku Pawła, u którego stwierdzono upośledzenie w stopniu umiarkowanym i brak komunikacji werbalnej, bardzo ważne jest sprawdzenie rozumienia mowy i zachowań gestowych. Inwentarz umożliwił ocenę stopnia opanowania umiejętności rozumienia mowy oraz porozumiewania się za pomocą gestów. Kwestionariusz zawiera bowiem wybrane nazwy desygnatów, należące do najwcześniejszego słownictwa dziecka. Zbiór wyrazów, o który pytamy, stanowi zarazem podstawowy zestaw niezbędnych słów, za pomocą których dziecko może budować teksty w typowych sytuacjach dnia codziennego. Znajomość możliwości dziecka w tym zakresie dostarczy wskazówek do sensownego zaplanowania terapii, a zwłaszcza wypracowania optymalnego sposobu porozumiewania się na aktualnym poziomie funkcjonowania dziecka.

Dodatkowych danych, cennych w przypadku dziecka, które nie posługuje się mową, dostarczyły obserwacje chłopca w różnych interakcjach społecznych: z rodziną, dziećmi z grupy przedszkolnej, wychowawcami, pedagogiem specjalnym, rehabilitantem ruchowym, psychologiem i osobami nieznajomymi. Zastosowałam też różne próby eksperymentalne. Pozwoliło mi to przyjąć szeroką perspektywę patrzenia na problemy dziecka oraz ocenić jego codzienne funkcjonowanie w środowisku społecznym.

Zastosowana przeze mnie metoda opisu – studium przypadku zakłada możliwie dokładne i kompleksowe badanie dziecka. Metoda ta jest znana głównie w psychologii, neuropsychologii, psychiatrii i pedagogice. Została także zastosowana w praktyce logopedycznej w celu porządkowania procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Schemat czynności diagnostycznych stosowany w psychologii klinicznej proponuje I. Obuchowska [1976]. Inni badacze – Z Jaworowska-Obłój [1985], M. Klimkowski i A. Herzyk [1987] proponują własne modele studium przypadku, dostosowane do potrzeb badania i terapii w danej dyscyplinie naukowej, którą reprezentują. Reasumując – metodologia studium przypadku musi zawierać następujące elementy: określenie celu badań, ustalenie źródeł, rodzaju i sposobu gromadzenia faktów poddawanych opisowi oraz interpretacji; ustalenie prawidłowości i reprezentatywności tych danych wobec znanych teorii, przyjęcie modelu wyjaśnienia, tj. hipotezy dotyczącej analizowanych problemów, określenie sposobów weryfikacji, wytyczenie drogi postępowania terapeutycznego w konkretnym przypadku [Janas-Kaszczyk, Tarkowski 1991].

I. HISTORIA CHOROBY CHŁOPCA

Paweł K. urodził się 07.02.1997 r. Z wywiadu z matką wynika, że ciąża przebiegała prawidłowo. Poród nastąpił o czasie, siłami natury. Waga urodzeniowa wynosiła 3330 g, a wskaźnik w skali Apgar – 10 punktów. Gdy chłopiec miał trzy tygodnie, okazało się, że przyrost głowy jest zbyt duży. Dziecko zostało skierowane do Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Rozpoznano wodogłowie wrodzone na tle przebytej wewnątrzmacicznie infekcji Cytomegalia lub Toksoplazmoza. USG przezciemiączkowe wykazało wodogłowie nadnamiotowe, objawiające się symetrycznym poszerzeniem komór bocznych. 04.03.1997 r. wykonano zabieg wszczepienia zastawki komorowo-otrzewnowej typu Orbis-Sigma, odbarczającej wodogłowie. Tomografia komputerowa wykonana po zabiegu wykazała obecność miernego stopnia poszerzenia układu komorowego nadnamiotowego z towarzyszącymi zwapnieniami zlokalizowanymi w tkance mózgowej okołokomorowej oraz w korze obu półkul. 21.05.1997 r. chłopiec ponownie trafił na Oddział Kliniczny Neurochirurgii w Centrum Zdrowia Matki Polki w związku z niesprawną zastawką komorowo-otrzewnową z powodu przemieszczenia drenu otrzewnowego. USG głowy wykazało miernie poszerzone komory boczne, końcówkę drenu w rogu przednim prawym oraz zwapnienia w okolicy rogu przedniego prawego w istocie białej okołokomorowej. 22.05.1997 r. dokonano rewizji zastawki. Jednakże 21.07.1997 r. chłopiec znów znalazł się w szpitalu ze względu na ponowną dysfunkcję zastawki[1]. Przy przyjęciu chłopiec miał objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Konieczny okazał się zabieg chirurgiczny. Dziecko operowano 28.07.1997 r. Usunięto zastawkę Orbis–Sigma i wszczepiono zastawkę typu Delta – L – 1.5. Burr Hole. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Chłopiec przez cały czas pozostawał pod kontrolą Poradni Neurochirurgicznej i Poradni Pediatrycznej w Łodzi.

W wyniku badania krwi ustalono ostatecznie, że wodogłowie wystąpiło na tle toksoplazmozy, która wymaga dalszego leczenia.

Gdy dziecko skończyło siedem miesięcy, stwierdzono u niego objawy padaczkowe. EEG wykazało zmiany o charakterze napadowym w okolicy potylicznej oraz okolicy czołowej z przewagą po stronie prawej. Konieczna okazała się więc dodatkowa farmakoterapia w kierunku leczenia padaczki.

[1] Stwierdzono niedrożność i owinięcie się drenu otrzewnowego wokół zastawki.

II. WYNIKI BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

Wyniki badań specjalistycznych przedstawiam na podstawie otrzymanych przeze mnie od matki opinii z badań.

Badanie neurologiczne z 07.02.1997 r. orzeka o sześciomiesięcznym opóźnieniu rozwojowym oraz relatywnym małogłowiu. U chłopca utrzymały się krótkotrwałe napady zgięciowe. Jednakże w wyniku przyjmowania leków przeciwpadaczkowych zanotowano z czasem ustąpienie napadów.

Podczas kolejnego badania neurologicznego (25.06.1997 r.) stwierdzono asymetrię napięcia ruchu i ułożenia kończyn, wskazujące na zaznaczający się niedowład połowiczy lewostronny (hemiplegia). Wystąpiła asymetria głowy na niekorzyść strony prawej.

Dysponuję tylko jedną opinią z badań psychologicznych, przeprowadzonych 22.11.1999 r. Diagnoza mówi o kształtowaniu się rozwoju psychomotorycznego na poziomie upośledzenia w stopniu umiarkowanym. Kontakt z dzieckiem określono jako trudny ze względu na bardzo słabą koncentrację uwagi (wyłącznie na tym, co je w danej chwili interesuje). Chłopiec był nadruchliwy, bardzo aktywny poznawczo. Reagował na własne imię, zakazy oraz niektóre proste polecenia. Wypowiadał kilka pojedynczych słów, gaworzył [sic!]. Potrafił manipulować przedmiotami, uzupełnić prostą układankę, postawić wieżę z klocków. Naśladował proste czynności, chętnie bazgrał. Był według opinii sprawny ruchowo [sic!]. Próbował sam jeść, myć się, wycierać, współdziałał przy ubieraniu. Zaczynał sygnalizować potrzeby fizjologiczne. Badający dziecko psycholog zalecił: zajęcia przedszkolne w grupie integracyjnej, terapię logopedyczną, wszechstronne stymulowanie rozwoju umysłowego, usprawnianie motoryki dużej i małej, usamodzielnianie w zakresie czynności samoobsługowych, ukierunkowanie nadmiernej aktywności ruchowej. Wiele stwierdzeń z powyższego badania wydaje się wątpliwe w świetle przeprowadzonych przeze mnie długotrwałych obserwacji dziecka, którą przedstawiam poniżej[2].

Opóźnienie rozwoju psychoruchowego potwierdza także konsultacja w Poradni Rehabilitacyjnej w Centrum Zdrowia Matki Polki, która odbyła się 01.02.2000 r. Dotychczasowy przebieg rewalidacji przedstawiam poniżej. Od trzeciego miesiąca życia chłopiec był aktywnie rehabilitowany ruchowo. Wykorzystywano głównie metodę Vojty i metodę Bobathów połączoną z NDT, hipoterapię. Efekty pracy konsultowano z Kliniką Ortopedii i Rehabilitacji w Centrum Zdrowia Matki Polki. Rewalidacja ruchowa przyniosła wymierne efekty. Paweł uczęszczał także na zajęcia z psychologiem, pedagogiem i logopedą.

[2] Zob. punkt III (1, 2).

III. AKTUALNA CHARAKTERYSTYKA FUNKCJONOWANIA CHŁOPCA

Ze względu na brak aktualnych badań Pawła dokumentacja specjalistyczna dotycząca jego funkcjonowania wydaje się niepełna. Dlatego postaram się przedstawić obecny stan chłopca na podstawie obserwacji, prób eksperymentalnych, rozmów z mamą i wychowawcami.

W sytuacji, w której komunikacja werbalna dziecka prawie nie istnieje, diagnoza funkcjonalna poprzedzająca logopedyczną wydaje się uzasadniona i potrzebna. Ponieważ komunikacja międzyludzka jest totalna i realizuje się w trzech sferach: biologicznej, psychologicznej i społecznej, należy je wszystkie uwzględnić w badaniu.

Diagnozowanie dziecka nastręcza wiele trudności ze względu na swoje specyficzne, zupełnie różne niż u osoby dorosłej, cechy [Jastrzębowska, Gałkowski 2001]. Przede wszystkim diagnozę dziecka charakteryzuje niski stopień trafności ze względu na fakt, że objawy zaburzeń nie są stałe. Mogą być na przykład uzależnione od aktualnej sytuacji życiowej dziecka i mieć charakter przejściowy, jak również zmieniać się wraz z wiekiem. Dlatego powstaje konieczność ujmowania diagnozy jako procesu. W tym celu wykonuje się wielokrotne, odległe w czasie badania. Ze względu na te przesłanki w dokładnym wywiadzie należałoby uwzględnić dotychczasowy przebieg rozwoju psychoruchowego dziecka, jego dynamikę i tempo, jak też poszerzyć diagnozę, obejmując nią także środowisko rodzinne. Elementem istotnym, który należy brać pod uwagę, jest brak motywacji dziecka do poddania się badaniom. Nie jest ono świadome choroby, nie rozumie potrzeby leczenia czy zmiany zachowania. Ta sytuacja sprawia, że konieczne staje się zastosowanie specyficznych metod, uwzględniających wyżej wymienione warunki i stwarzających pozytywną motywację do działań. Przybierają one najczęściej formę zabawy. W ten sposób dziecko nie uświadamia sobie, że jest badane, zachowuje się naturalnie, chętnie uczestniczy w działaniu.

W przypadku małych dzieci najczęściej przeprowadza się diagnozę całościową, tj. wszechstronnie ocenia się rozwój psychofizyczny. Dokonuje tego zwykle zespół specjalistów, w którego skład wchodzą: psycholog, pedagog, psychiatra, neurolog, pediatra, logopeda i inni. Taka diagnoza oprócz deficytów musi uwzględnić również pozytywne cechy dziecka, które staną się podstawą obrania kierunku postępowania terapeutycznego.

Również terapii powinna towarzyszyć tzw. diagnoza uczestnicząca jako proces weryfikujący i kontrolujący przemiany zachodzące pod wpływem oddziaływań rewalidacyjnych [Bogdanowicz 2001]. Pozwala ona ocenić skuteczność terapii i w razie potrzeby – dokonać w niej zmian.

1. Ocena stanu psychofizycznego chłopca

Przechodzę do przedstawienia umiejętności funkcjonalnych chłopca w jego rozwoju poznawczym, percepcyjnym, motorycznym i emocjonalno-społecznym. Oprę się na materiale z obserwacji, prób eksperymentalnych oraz zabaw kierowanych i niekierowanych, które prowadziłam w domu chłopca (dwukrotna wizyta) oraz w przedszkolu (przez okres sześciu miesięcy dwa razy tygodniowo po 45 min). Poniżej przedstawiam pokrótce środowisko, w którym dziecko funkcjonuje.

Paweł uczęszcza do przedszkola integracyjnego, do grupy maluchów (3-4-latki), gdzie objęty jest opieką rehabilitanta ruchowego, pedagoga specjalnego i logopedy.

Chłopiec wychowuje się w rodzinie pełnej. Ma starszego brata – Piotra, ucznia gimnazjum. Matka pracuje jako nauczycielka w szkole podstawowej. Ojciec obecnie pozostaje bez pracy. Często w celach zarobkowych wyjeżdża za granicę. Częste i długie nieobecności ojca powodują, że głównie matka zajęta jest sprawowaniem opieki nad Pawłem. Angażuje się dodatkowo w działania na rzecz dzieci specjalnej troski. Wydaje się, że rodzice są pogodzeni z faktem posiadania niepełnosprawnego dziecka. Akceptują Pawła, co daje podstawę do jego prawidłowego i pożądanego traktowania. Po rozmowach z obojgiem rodziców można postawić hipotezę, że ojca charakteryzuje typ miłości z oddali [Kościelska 2000]. Stara się on intensywnie pracować, by gromadzić środki finansowe dla rodziny. Natomiast bezpośrednią opiekę nad dzieckiem, pracę rehabilitacyjną powierza jednak żonie. Oboje rodzice mają świadomość, że ich miłość do dziecka jest trudna i często bolesna, przeżywana w samotności i poczuciu opozycji do nastawień społecznych. Jednakże Paweł jest otoczony w rodzinie miłością, która daje mu poczucie bezpieczeństwa i akceptacji. Klimat psychiczny sprzyja działaniom rewalidacyjnym, które mają na celu rozwinięcie w dziecku możliwości kompensacyjnych w funkcjonowaniu.

Poniżej przedstawiam kolejno kompetencje: motoryczne, poznawcze, percepcyjne i emocjonalno-społeczne dziecka, których poznanie jest niezbędne dla postawienia diagnozy i zaplanowania kompleksowej terapii.

- Rozwój motoryczny

Paweł chodzi samodzielnie z dowolnym zatrzymywaniem się i zmianą kierunku. Potrafi także biegać, przy muzyce „tańczy". W zabawach ruchowo-muzycznych naśladuje gesty i ruchy wykonywane przez dzieci, chętnie je powtarza. Od wakacji 2002 r. także chodzi po schodach. Ostatnio jest bardzo ruchliwy. Jednakże w ruchach chłopca zauważa się zaburzenia koordynacji. Nie potrafi też kopnąć piłki czy zachować równowagi stojąc na jednej nodze.

Paweł nie jest samodzielny w czynnościach samoobsługowych. Próbuje samodzielnie jeść za pomocą łyżki, jednak trzyma ją nieprawidłowo. Pije z kubka, który trzyma obiema rękami. Występują jednak ogromne kłopoty z żuciem i połykaniem. Widoczna jest mała plastyczność ruchów ze względu na obserwowane wzmożone napięcie mięśniowe. Zwłaszcza lewa ręka jest słabsza i mniej aktywna. Chłopiec nie potrafi wykonać rzutu piłką ani jedną ręką, ani oburącz. Dziecko nie radzi sobie przy odkręcaniu kurka z wodą, zawieszaniu ręcznika na wieszaku. Wymaga pomocy przy przebieraniu się, ale współdziała z opiekunem.

Sprawność manualna i grafomotoryczna rąk jest znacznie obniżona. Trudność sprawiają mu różnego typu „wkładanki" – kostka, którą trzeba wypełnić figurami o różnych kształtach, wrzucanie pieniążków do skarbonki, wkładanie kółek na patyk. Problemem jest również przewracanie kartek w książce. Lepsze efekty osiąga, gdy książki mają pogrubione i sztywne kartki. Chłopiec interesujący go obrazek pokazuje całą ręką. Często zajmuje się manipulowaniem i „grą" na różnych instrumentach muzycznych. Chętnie bawi się klockami. Układa je w poziomie, budując pociągi, i w pionie, budując wieże. Pomaga sobie deseczką, używając jej jako młotka. Naśladuje w tym inne dzieci. Lubi zabawy z wykorzystaniem fasoli, kaszy, kasztanów – manipuluje nimi, przesypuje. Paweł potrafi palcem wskazującym prawej ręki włączyć telewizor.

Rysunek jest na poziomie bazgrot. Przy pomocy dorosłego chłopiec wypełnia niedokładnie kontur. Paweł nie wykonuje czynności wymagających precyzji i pewności ruchów, takich jak: nawlekanie korali na sznurek, posługiwanie się nożyczkami, kalkowanie, zwijanie włóczki w kłębek.

- Rozwój percepcyjny

W celu sprawdzenia umiejętności percepcyjnych zbadałam orientacyjnie słuch, wzrok, doznania dotykowe dziecka. Paweł skupia wzrok na obrazku czy przedmiocie, ale tylko przez krótką chwilę. Nie potrafi wodzić wzrokiem. Rozpoznaje na obrazkach niektóre przedmioty, znane zwierzęta, części garderoby. Lubi oglądać zdjęcia – wskazuje na nich siebie, mamę, tatę, brata, domowego kota. Odróżnia kolory, ponieważ potrafi dobrać figury, kierując się ich barwą.

Słuch u chłopca jest dobry – odwraca głowę w kierunku odgłosów, słyszy szept z odległości 5-6 metrów. Rozpoznaje także znajome dźwięki, zwraca uwagę na dźwięki zza ściany – zastygając na chwilę w bezruchu. Paweł bardzo lubi, gdy mu się śpiewa piosenki. Słysząc muzykę, zaczyna się poruszać – „tańczyć" na swój sposób. Ma swoje ulubione melodie, które rozpoznaje. Wykazuje zainteresowanie instrumentami muzycznymi – uwielbia grać na bębenku, tamburynie, kołatce, trójkącie, cymbałkach.

Paweł nie wykazuje nadwrażliwości dotykowej. Nie wzbrania się przed masażami rąk, np. szczotką, kolczastą piłeczką, futerkiem.

- Rozwój poznawczy

Chłopiec jest bardzo aktywny poznawczo, interesuje się nowymi przedmiotami, osobami, ale na krótko. Wykazuje nadruchliwość, ciągle zmienia obiekt swoich zainteresowań. Daje się zauważyć deficyty uwagi. Na jakiejkolwiek aktywności celowej koncentruje się bardzo krótko. Rzadko jest skupiony na przedmiocie zajęć. Z reguły ma problemy z ukończeniem zaczętej czynności. W obliczu napotykanych trudności najczęściej porzuca pracę.

Nie rozumie zasad i reguł zabaw grupowych. Nie lubi słuchać czytanych czy opowiadanych bajek. Czasami wykazuje zainteresowanie książeczkami. Zdarza się, że sam je przynosi i zachęca opiekuna do wspólnego oglądania.

Chłopiec uczestniczy w zabawach tematycznych, np. bawi się w dom, kładzie i tuli misia do snu, rozmawia przez telefon, udaje jazdę samochodem. Potrafi nadać przedmiotom symboliczne znaczenie, np. kółko typu ringo to kierownica samochodowa. Jednakże zabawy dziecka są monotonne, trzyma się ono sztywnych schematów działania. Czasami naśladuje zachowania dorosłych, np. siada na krzesełku, zakładając nogę na nogę.

Paweł potrafi działać z intencją, np. wskazuje na magnetofon, gdy chce posłuchać ulubionej kasety, lub przynosi zabawkę – zachęcając do wspólnej zabawy. Orientuje się w znanych, powtarzających się sytuacjach – zna np. kolejność ruchów w programie Knillów. Rozumie proste polecenia. Na obrazkach chłopiec poznaje znane przedmioty i osoby. Potrafi dobrać dwa identyczne obrazki. Podporządkowuje znane przedmioty do obrazków. Różnicuje przedmioty według kształtu i koloru, ale nie potrafi klasyfikować ich pod względem wielkości. Nie potrafi wskazać w grupie przedmiotów tego, który nie pasuje. Wskazuje części ciała u siebie i innych, ale ta umiejętność nie jest utrwalona. Trzeba ją ciągle powtarzać i przypominać. Nie zna nazw kolorów. Nie potrafi współdziałać, gdy w zabawie konieczna jest zasada naprzemienności ról. Układa prostą układankę lub uzupełniankę.

- Rozwój emocjonalno-społeczny

Paweł jest dzieckiem pogodnym i radosnym. Z reguły ma dobre samopoczucie, co zaznacza uśmiechem. Nie zdarza mu się płakać. Kiedy jest niezadowolony – raczej krzyczy. Lubi chodzić do przedszkola. W sobotę rano pokazuje na drzwi wyjściowe, co mama tłumaczy jako chęć pójścia do przedszkola. Wydaje się, że chętnie przebywa w grupie. Paweł wykazuje gotowość do wchodzenia w kontakty z dorosłymi. Bardzo często kieruje na siebie uwagę nauczyciela, zachęcając go do wspólnej zabawy. Przy obiedzie wykazuje chęć podzielenia się jedzeniem. Często szuka bliskiego kontaktu fizycznego z opiekunem, wdrapuje się na kolana, przytula.

Chłopiec czasami włącza się do zabaw grupowych, zwłaszcza muzyczno-ruchowych, jednak bardzo rzadko współdziała z dziećmi. Najczęściej bawi się sam lub z opiekunem.

Paweł reaguje na swoje imię. Rozpoznaje się na zdjęciu, wskazując na siebie i zdjęcie. Lubi ćwiczenia przed lustrem, w zabawach często wskazuje na siebie, mówiąc „ja" i domagając się w ten sposób docenienia swoich działań. Wydaje się więc, że poczucie tożsamości, które M. Kościelska nazywa *reprezentacją „ja"*, nie jest u Pawła zaburzone [Kościelska 2000]. Stosunek do „ja" i poczucie własnej wartości kształtuje się u dzieci – zdaniem autorki – głównie w rezultacie ocen, które odbierają one z otoczenia. Dziecko tworzy jakby swoją tożsamość poprzez spojrzenia innych. Akceptacja i miłość ze strony rodziców zapobiegły w przypadku Pawła patologizacji „ja".

Chłopiec rozumie polecenia i zakazy, ale nie zawsze wykazuje chęć podporządkowania się im. Czasami buntuje się, działa na przekór, np. niszczy pomoce, rozrzuca klocki, co – zdaniem wychowawczyni – sprawia mu przyjemność. Wydaje się to jednak zdrowym objawem manifestowania swoich emocji i preferencji co do formy aktywności w danym momencie.

Paweł często nie kończy zadania lub porzuca je, gdy napotyka trudność. Lubi wykonywać działania, które potrafi. Przy próbie wprowadzenia nowych umiejętności chłopiec nie chce pracować. Mobilizująco oddziałują na dziecko wszelkiego rodzaju zachęty i pochwały. Jeżeli nie otrzyma pochwały, nagradza się sam, bijąc sobie brawo. Paweł wykazuje zmienną dyspozycję do pracy. Są dni, kiedy chętnie się uczy, czasami natomiast męczliwość jest tak duża, że opiekunowie rezygnują z zajęć z chłopcem. Często spontaniczna aktywność chłopca jest nieukierunkowana, bezcelowa.

Kontakt intelektualny z dzieckiem jest utrudniony ze względu na brak komunikacji werbalnej. Paweł nie potrafi wyrażać swoich potrzeb, np. nie wykonuje konwencjonalnych ruchów głową typu: *tak*, *nie* w konkretnej sytuacji. Komunikuje się z otoczeniem używając gestów i mimiki zupełnie nieczytelnych dla wychowawców. Wypowiada tylko pojedyncze słowa: *ja* i *nie* oraz wydaje nieartykułowane dźwięki. Gesty i zachowania niewerbalne chłopca charakteryzują się inercyjnością i bezładem, nie zastępując tym samym komunikacyjnej funkcji języka. Chłopiec nie ma indywidualnego sposobu komunikowania się.

2. Wyniki badania logopedycznego

Diagnoza różnicowa oligofazji, dyzartrii i alalii jest zadaniem bardzo trudnym. Trudność owa wynika z interferencji objawów powyższych zaburzeń w związku z faktem, że mowa i rozwój umysłowy są z sobą nierozerwalnie związane. Dodatkowym problemem jest wiek dziecka. Zaburzenia mowy występ-

pują bowiem na tle kształtującej się dopiero mowy. Diagnozę logopedyczną dziecka, podobnie jak funkcjonalną, charakteryzują pewne specyficzne cechy, o czym wspominałam wyżej. Diagnozowanie dziecka z różnymi zaburzeniami mowy nastręcza dużo trudności także ze względu na brak uniwersalnej procedury badania logopedycznego. W orzekaniu o typie zaburzeń należy zastosować różne perspektywy oglądu i uwzględnić wszystkie sfery aktywności pacjenta: biologiczną, psychologiczną i społeczną. Diagnoza powinna być także ciągła, polimodalna i użyteczna w terapii [Cieszyńska 2000]. Ciągłość diagnozowania polega na periodycznej powtarzalności badań w celach weryfikacyjnych. Polimodalność pozwala na całościowe, kompleksowe ujmowanie pacjenta. Zakłada także wykorzystanie różnorodnych metod i technik diagnostycznych. Diagnoza ma być użyteczna w terapii, co oznacza, że powinna wyznaczyć kierunki rewalidacji, dostosowanej do autentycznych potrzeb i możliwości dziecka, zgodnej z dynamiką jego rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Głównym jej celem, oprócz orzekania o dysfunkcjach, jest ustalenie posiadanych przez dziecko kompetencji i sprawności. Diagnoza pozytywna pozwala ustalić poziom, od którego należy zacząć terapię. Poza tym ma znaczenie terapeutyczne dla rodziców, którzy odbierają ją jako akceptującą dziecko. Obecnie przejdę do próby diagnozy logopedycznej i opisu komunikacji dziecka.

Paweł nie komunikuje się werbalnie. Chłopiec wydaje nieartykułowane dźwięki oraz posługuje się mimiką i gestami niezrozumiałymi dla opiekunów. Czasami próbuje powtarzać wyrazy i onomatopeje, np. *mama*, *tata*, *indyk*, *gąska*, *małpa*, *mu*, *miał*, *gę*, *gę*. Powstają wówczas produkcje bardzo zniekształcone. Nie wchodzą one jednak na stałe do słownika czynnego dziecka, są wytworami jednorazowymi. Jedynymi trwałymi elementami jego słownika czynnego są dwa słowa: *ja*, *nie*. Paweł rozumie proste polecenia, zakazy, reaguje na swoje imię.

Warunkiem bezproblemowego uczestnictwa w komunikacji językowej jest dysponowanie pewnego rodzaju kompetencjami oraz odpowiadającymi im sprawnościami. Występują one nierozerwalnie w umyśle człowieka i wzajemnie się warunkują. Celem diagnozy będzie zatem próba odpowiedzi na pytanie, co stanowi główną przyczynę braku mowy u opisywanego dziecka – niewykształcone sprawności percepcyjne, które uniemożliwiają całkowicie lub w znacznym stopniu nabycie kompetencji, czy brak lub niedowład sprawności realizacyjnych? Czy zaburzenia wynikają z niesprawnego mechanizmu odbioru i nadawania mowy, czy z dysfunkcji aparatu wykonawczego?

Podstawę sprawności biologicznych istotnych w komunikacji stanowią: słuch fizyczny, fonematyczny, muzyczny, mobilny mózg i wydolna pamięć [Grabias 2000]. Aby zbadać percepcję i pamięć słuchową chłopca, wykonałam orientacyjne badanie słuchu. Próba polegała na badaniu szeptem z odległości 5-6 m. Paweł reagował na szept odwróceniem głowy. Lokalizował też ukryte źródło dźwięku

(budzik, zabawkę grającą). Różnicował głosy zwierząt: psa, kota, krowy, świni, gęsi, kury poprzez wskazywanie odpowiedniego zwierzęcia na obrazku.

W celu sprawdzenia rozumienia komunikatów wydawałam dziecku najpierw proste polecenia, typu: *Usiądź. Nie wychodź. Nie wolno. Daj mi klocek.* Paweł wykonywał poprawnie zalecane czynności. Następnie przeszłam do poleceń trudniejszych, typu: *Przynieś piłkę, a potem misia. Połóż misia na półce. Daj mi książkę i misia.* Paweł najczęściej nie wykonywał takich poleceń. Osiągał pozytywny efekt dopiero wtedy, gdy komunikat słowny był wspomagany odpowiednim gestem. Pozwala to stwierdzić deficyty w rozumieniu bardziej złożonych poleceń. Ze względu na upośledzenie i brak komunikacji werbalnej niemożliwe okazało się zbadanie wypowiedzi dziecka pod względem formułowania myśli oraz w aspektach: leksykalnym, gramatycznym czy artykulacyjnym.

Postanowiłam zatem sprawdzić, jak kształtuje się rozwój mowy recepcyjnej oraz zachowań gestowych. W tym celu posłużyłam się *Inwentarzem Rozwoju Mowy i Komunikacji „Słowa i Gesty"* w opracowaniu M. Smoczyńskiej [1999], częścią dotyczącą rozumienia. Badanie rozumienia przeprowadzałam prosząc dziecko o wskazanie na obrazku lub w otoczeniu desygnatu, którego nazwę wymieniałam. Aby wyeliminować ryzyko zgadywania, przedstawiałam Pawłowi sześć obrazków, z których miał wybrać jeden. Do wypełnienia rubryk: „Określenia miejsca", „Określenia czasu", „Zaimki", „Przymiotniki i przysłówki", „Określenia miary", „Pytania" oraz części II „Czynności i gesty" były mi pomocne obserwacja działania na przedmiotach rzeczywistych, a także wskazówki mamy chłopca. Ponieważ *Inwentarz* nie był jeszcze publikowany, nie mogę zamieścić jego wzoru, według którego badałam Pawełka. Ograniczę się zatem do podsumowania postępowania diagnostycznego.

Z badania wynika, że poziom rozumienia i komunikacji recepcyjnej jest obniżony. Paweł słabo rozumie zaimki, określenia miary, niektóre przymiotniki. Lepiej wskazuje przedmioty konkretne niż nazwy kategorii nadrzędnych. W słownictwie biernym największy zbiór stanowią rzeczowniki i czasowniki. Są to słowa z podstawowego zasobu słownictwa, za pomocą których Paweł jest w stanie orientować się w typowych sytuacjach dnia codziennego. Poczynione przeze mnie obserwacje oraz diagnoza psychologiczna orzekająca o upośledzeniu w stopniu umiarkowanym pozwalają wskazać na oligofazję jako zaburzenie wpływające zasadniczo na problemy komunikacyjne chłopca.

Na niedostatecznie opanowane kompetencje nakładają się u Pawła dodatkowo trudności związane z motoryką narządów mowy. Nasuwa się zatem pytanie, czy problemy motoryczne dziecka są typowym objawem często towarzyszącym oligofazji, czy wynikają u Pawła z innych przyczyn.

W związku z przebytym przez chłopca wodogłowiem na tle toksoplazmozy i wystąpieniem m.p.d. można podejrzewać, że trudności realizacyjne nie są tylko wynikiem małej sprawności narządów mowy, ale mają poważniejszą przyczynę.

Już na podstawie krótkiej obserwacji dziecka można stwierdzić dużą wiotkość aparatu artykulacyjnego. Chłopiec cały czas ma otwartą buzię, którą zamyka na wyraźne polecenie i na krótką chwilę. Aby ocenić możliwości motoryczne aparatu mowy, przeprowadziłam badanie podstawowych funkcji i praksji oralnej.

U Pawła występuje niemowlęcy typ połykania. Dziecko ma duże problemy z żuciem pokarmów stałych, kąsaniem oraz koordynacją żucia i połykania. Nie potrafi zebrać pokarmu z łyżki wargami. Często się dławi. Picie napojów można określić jako „wlewanie w siebie" płynu. Język leży płasko na dnie jamy ustnej, chłopiec pije z otwartą buzią, nie obejmując ustami brzegu kubka. Ma ślinotok. Wargi są wiotkie, niedomknięte, policzki i język również wiotkie, podniebienie twarde – gotyckie, uzębienie – mleczne. Wykonałam następujące próby eksperymentalne, sprawdzające praksję oralną:

– zaciśnięcie i rozluźnienie warg – nie wykonuje,
– pokazywanie zębów – nie wykonuje,
– „ryjek" – nie wykonuje,
– naprzemienne zagryzanie – nie wykonuje,
– wysuwanie i chowanie języka – pojawiają się minimalne ruchy,
– unoszenie języka do góry – czasami udaje się nieco podnieść język przy śpiewie „lalalala" (Paweł miał podcinane wędzidełko),
– przesuwanie języka na boki – nie wykonuje,
– nadymanie policzków – nie wykonuje,
– chrapanie – nie wykonuje,
– ziewanie – nie wykonuje,
– dmuchanie – nie wykonuje, zamiast tego występuje chuchanie,
– aspirowanie – nie wykonuje,
– cmokanie – nie wykonuje,
– czucie temperatury i bólu – nadwrażliwość na bodźce ciepłe w okolicy języka i dziąseł,
– czucie dotyku – mała wrażliwość warg i policzków – nie czuje np. resztek jedzenia przyczepionych do buzi.

Paweł oddycha przez usta. Być może jest to nawyk powstały w związku z częstymi przeziębieniami i ustawiczną niedrożnością nosa. Oddech jest płytki, ale bez zadyszki. Powyższe wstępne badanie sprawności aparatu artykulacyjnego nasuwa podejrzenie występowania u dziecka zaburzeń o typie dyzartrii. Chcąc dokonać precyzyjnego i pełnego opisu trudności motorycznych, posłużyłam się *Profilem Dyzartrii* S. Robertson w opracowaniu A. Lewandowskiego i Z. Tarkowskiego [1989]. Poszczególne zadania oceniane są w nim według pięciostopniowej skali (1 – poziom normalny, 2 – dobry, 3 – zadowalający, 4 – słaby, 5 – zerowy). Obok niektórych zadań zostały zamieszczone dodatkowe informacje, dotyczące wyników badania. Zrezygnowałam z zamieszczania prób dotyczących rozumienia

czytania i wypowiedzi pacjenta ze względu na występujący u niego brak komunikacji werbalnej.

Próby	*Poziom wykonania*					Uwagi
	1	2	3	4	5	
Oddychanie						
1. Emisja /s/ na wydechu					x	nie wykonuje
2. „Crescendo" /s/					x	nie wykonuje
3. „Diminuendo" /s/					x	nie wykonuje
4. Powtarzanie serii /s/					x	nie wykonuje
5. Synchronizacja oddychania i fonacji					x	nie wykonuje
Fonacja						
1. Rozpoczęcie /a/				x		Słaba siła głosu, brak stabilnego podparcia oddechowego
2. Utrzymanie /a/					x	nie wykonuje
3. Głośne wymawianie /a/				x		siła natężenia
4. „Crescendo" /a/					x	nie wykonuje
5. „Diminuendo" /a/					x	nie wykonuje
6. Powtarzanie serii /a/					x	nie wykonuje
7. Pogłaśnianie /a/					x	nie wykonuje
8. Ściszanie /a/					x	nie wykonuje
9. Wokalizacja wznosząca gamy /a/					x	nie wykonuje
10. Wokalizacja opadająca gamy /a/					x	nie wykonuje
11. Długość zdań					x	nie wykonuje
12. Jakość głosu				x		przerywany
Muskulatura twarzy						
1. Symetria twarzy w spoczynku	x					-
2. Mimika w czasie uśmiechu			x			szersze rozciąganie warg
3. Marszczenie warg					x	nie wykonuje
4. Napinanie warg ze wspomaganiem					x	nie wykonuje
5. Utrzymywanie rozwartych warg w spoczynku					x	nie wykonuje
6. Zachowanie warg podczas mówienia					x	nie wykonuje
7. Zamykanie – otwieranie ust				x		zamyka na krótko, na polecenie
8. Przesuwanie żuchwy w prawo					x	nie wykonuje
9. Przesuwanie żuchwy w lewo					x	nie wykonuje
10. Wysuwanie języka				x		minimalny ruch do przodu

11. Cofanie języka				x		do dolnych zębów
12. Przesuwanie języka w lewo					x	nie wykonuje
13. Przesuwanie języka w prawo					x	nie wykonuje
14. Unoszenie języka do górnych zębów				x		przy „lalala"
15. Wypychanie językiem prawego policzka					x	nie wykonuje
16. Wypychanie językiem lewego policzka					x	nie wykonuje
17. Unoszenie języka do warg					x	nie wykonuje
18. Oblizywanie warg czubkiem języka					x	nie wykonuje
19. Unoszenie *velum* podczas emisji /a/						niemożność sprawdzenia
20. Unoszenie *velum* w serii /a/						niemożność sprawdzenia
Diadohokineza						
1. Szybkie otwieranie i zamykanie ust				x		wolne, z ruchem głowy
2. Szybkie zaokrąglanie i spłaszczanie warg					x	nie wykonuje
3. Szybkie wysuwanie i chowanie języka					x	nie wykonuje
4. Szybkie podnoszenie i opadanie języka					x	nie wykonuje
5. Szybkie ruchy języka w bok					x	nie wykonuje
6. Szybkie powtarzanie /o : i/					x	nie wykonuje
7. Szybkie powtarzanie /pa/					x	nie wykonuje
8. Szybkie powtarzanie /ta/					x	nie wykonuje
9. Szybkie powtarzanie /ka/					x	nie wykonuje
10. Szybkie powtarzanie /ka-ta/					x	nie wykonuje
11. Szybkie powtarzanie /p-t-k/					x	nie wykonuje
Odruchy						
1. Żucie				x		w rozwoju
2. Połykanie stałych pokarmów				x		nieprawidłowe
3. Połykanie płynów				x		nieprawidłowe
4. Połykanie śliny w spoczynku					x	nie wykonuje
5. Połykanie śliny podczas jedzenia				x		nieprawidłowe
6. Połykanie śliny podczas mówienia					x	nie wykonuje
7. Kasłanie – odchrząkiwanie					x	tylko odruchowe
Artykulacja						
1. Powtarzanie spółgłosek w nagłosie					x	nie wykonuje
2. Dokładne wymawianie samogłosek					x	nie wykonuje
3. Powtarzanie zbitek spółgłoskowych					x	nie wykonuje
4. Powtarzanie wielosylabowych wyrazów				x		czasami bardzo zniekształcone
5. Powtarzanie zdań					x	nie wykonuje

Prozodia						
1. Utrzymanie właściwego tempa mówienia					x	nie wykonuje
2. Przyspieszanie tempa mówienia					x	nie wykonuje
3. Utrzymanie właściwego rytmu					x	nie wykonuje
4. Zachowanie właściwej intonacji					x	nie wykonuje
5. Naśladowanie różnych sposobów akcentowania					x	nie wykonuje

W świetle powyższego badania można stwierdzić, że u chłopca na tle upośledzenia umysłowego i hemiplegii występują nieprawidłowości w rozwoju mowy, wskazujące na uszkodzenia obwodowe. Zanotowałam objawy charakterystyczne dla dyzartrii wiotkiej o znacznym nasileniu. Paweł przejawia duże trudności w zakresie podstawowych funkcji: oddechowej, fonacyjnej i artykulacyjnej. Oddech jest płytki, szczytowy, faza wydechowa – słaba i krótka. Głos jest słaby, przerywany. Brak kompensacji mowy melodią prozodyczną. Paweł bardzo rzadko podejmuje próby powtarzania mowy, które w większości kończą się niepowodzeniem lub produkcją bardzo zniekształconej struktury brzmieniowej wyrazu. Wadliwy wzorzec przełykowy, obecność obfitego ślinienia, znaczna wiotkość mięśni żuchwy i warg oraz płaskie ułożenie języka zaburzają prawidłowe jedzenie i picie. Wpływa to negatywnie na pracę narządów artykulacyjnych i uniemożliwia tworzenie nowych dźwięków[4].

Jak wyżej wspomniałam, tak poważne ograniczenia w zakresie motoryki narządów mowy mogą doprowadzić do niewykształcenia się programu motorycznego w umyśle dziecka, co jest z kolei diagnozowane jako alalia ekspresywna. Analizator ruchowy ma decydujące znaczenie dla wytworzenia się stereotypów czuciowo-ruchowych. Zaburzenia kinestetyczne w obrębie aparatu mownego uniemożliwiają aferentację zwrotną, tj. informację z obwodu o miejscu i ułożeniu narządów artykulacyjnych podczas mówienia. Brak wzorców kinestetyczno-ruchowych głosek zaburza z kolei wzorce słuchowe, wpływając wtórnie na rozumienie mowy. Ponieważ Paweł nigdy nie mówił – można postawić hipotezę, że nie ma on pierwotnej kompetencji ruchowej w zakresie mowy. Zatem brak modelu ruchu może w sposób bardzo poważny zakłócać nadawanie mowy. Jednakże aby orzekać o tym typie zaburzeń, musi istnieć pełna konfiguracja wielu czynników. Objawy występujące u Pawła, które mogłyby świadczyć o alalii ekspresyjnej, to: brak występowania mowy spontanicznej, unikanie mówienia, powtarzania, wykorzystywanie natomiast w porozumiewaniu się gestów i okrzyków, zaburzenia

[4] Wątpliwe wydaje się więc normalne gaworzenie dziecka i wypowiadanie pojedynczych słów, stwierdzone w badaniu psychologicznym, gdy w chwili obecnej Paweł praktycznie nie jest w stanie dokonać zwarcia i rozwarcia warg w taki sposób, by mogły powstać pierwsze nabywane przez dziecko głoski, jak: *b*, *m*, *p*.

powtarzania słów, znacznie opóźniony rozwój ruchowy i początek rozwoju mowy, trudności z koncentracją uwagi. Wydaje się jednak, że ze względu na inne jeszcze deficyty niespecyficzne, takie jak: zaburzenie myślenia pojęciowego, „lepkość myślenia", obniżenie zakresu uwagi, zaburzenia pamięci, opóźnienia i zaburzenia rozwoju psychoruchowego, funkcji wzrokowych i słuchowych, zaburzenia integracji percepcyjno-motorycznej, zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania, mogące towarzyszyć alalii, a będące także charakterystycznymi cechami innych zaburzeń (np. oligofazji), rozgraniczenie interferencji objawów u Pawła jest wręcz niemożliwe.

W świetle przeprowadzonych przeze mnie badań można stwierdzić występowanie u Pawła sprzężonych zaburzeń mowy. Jak wcześniej zaznaczałam, postawiona diagnoza nie może być traktowana jako ostateczna ze względu na brak komunikacji werbalnej u Pawła i niemożność zanalizowania wytworów mowy. Z badań, jakie mogłam przeprowadzić, wynika, że dominującymi zaburzeniami, które w jego przypadku determinują mowę i jej rozwój, są oligofazja i dyzartria. Alalii nie da się ostatecznie zdiagnozować ze względu na niekompletną konfigurację objawów. Jednakże czynnik, który przejawia się u chłopca, a jest typowy dla alalii ekspresyjnej, to hipotetyczny brak w umyśle dziecka programu motorycznego dla mowy.

Ustalenie pierwotnego mechanizmu powstania zaburzeń wydaje się równie trudne. Dzieje się tak dlatego, że procesy percepcji i realizacji wzajemnie się warunkują i w równym stopniu decydują o rozwoju mowy. Nie można zatem ostatecznie rozstrzygnąć, co jest główną przyczyną trudności chłopca w posługiwaniu się mową. Zupełny brak komunikacji werbalnej u opisywanego dziecka może wynikać zarówno z upośledzenia umysłowego, tj. niewytworzenia się kompetencji, jak i dyzartrii, tj. braku możliwości realizacyjnych. Do końca bowiem nie wiadomo, czy pierwotny w warunkowaniu rozwoju mowy jest rozwój myślenia, czy odwrotnie.

Być może zaplanowana kompleksowa terapia sprzężonych zaburzeń mowy będzie najlepszą metodą weryfikacji postawionych powyżej hipotez.

IV. PROGRAM TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

1. Główne założenia i cele terapii

Dzieci takie, jak Paweł ze sprzężoną niepełnosprawnością powinny być objęte kompleksową terapią, obejmującą rehabilitację ruchową, usprawnianie społeczno-emocjonalne, rozwijanie procesów poznawczych, kształtowanie mowy i komunikacji niewerbalnej. Celem takiego wieloprofilowego postępowania byłoby stymulowanie rozwoju ruchowego, intelektualnego, emocjonalnego oraz działanie zmierzające do wytworzenia mechanizmów kompensacyjnych. Wszechstronne oddziaływania rewalidacyjne powinny też zapobiec powstawaniu wtórnych zaburzeń. Podstawową zasadą, którą należałoby się kierować, by umożliwić dziecku, mimo jego ograniczeń, jak najpełniejszy rozwój, jest traktowanie go jako partnera w procesie terapeutycznym. Ważne wydaje się także, szczególnie dla kształtowania się osobowości dziecka, unikanie narzucania mu form ekspresji, a stymulowanie indywidualnej aktywności. Ogromne znaczenie ma również organizowanie sytuacji wyzwalających przeżycia, własne działanie, umożliwiających zdobywanie doświadczenia.

Pragnąc zaplanować terapię logopedyczną dla dziecka ze sprzężonymi zaburzeniami mowy, stanęłam przed poważnym problemem. Przy tak złożonych trudnościach, jak u Pawła terapia nie może być tylko *stricte* logopedyczna. Musi zawierać aspekt funkcjonalny, uwzględniający specyficzne potrzeby i możliwości chłopca. Ze względu na brak wzorów kompleksowej rewalidacji dzieci z podobnymi problemami próbuję stworzyć autorski program oddziaływań. Jego podstawowym celem jest kształtowanie zachowań komunikacyjnych, które staną się punktem wyjścia zbudowania indywidualnego kodu komunikacyjnego chłopca.

Zaburzenia mowy występujące u Pawła wymagają odmiennych procedur oddziaływania. W oligofazji zasadniczą sprawą jest budowanie kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej, natomiast w dyzartrii podstawową procedurę logopedyczną stanowi usprawnianie realizacji. Poza wyżej wymienionymi typami oddziaływań należy również pamiętać o zaspokojeniu potrzeb psychologicznych dziecka, które mają decydujący wpływ na powodzenie rewalidacji. Należą do nich: potrzeba bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego, akceptacji, szacunku, uznania, osiągnięcia sukcesu czy aktywności poznawczej [Przetacznikowa-Gierowska, Makiełło-Jarża 1992]. W terapii konieczne okazuje się nawiązanie i utrzymanie bliskiego kontaktu emocjonalnego z dzieckiem poprzez pozostawanie w kontakcie wzrokowym i fizycznym (dotykanie pleców, dłoni, twarzy). Prowadzący zajęcia powinien obserwować dziecko, próbować podążać za jego myślami i działaniami. Ważne jest także ciągłe rozbudzanie motywacji dziecka do inicjowania i podejmo-

wania interakcji werbalnych. Każde zaś zachowanie komunikacyjne ze strony dziecka powinno być dostrzegane i wzmacniane.

Przedstawiony poniżej program zakłada, że pracę terapeutyczną powinno się rozpoczynać na poziomie możliwości rozwojowych dziecka, które pozwoliła ocenić przeprowadzona wcześniej diagnoza funkcjonalna. Nie można się sugerować w tym przypadku wiekiem dziecka i odnosić jego umiejętności do tzw. normy rozwojowej. W miarę możliwości staram się także jak najczęściej nawiązywać do doświadczeń Pawła i konkretnych desygnatów prezentowanych w różnych sytuacjach. Ćwiczenia opieram na zasadzie polisensorycznego oddziaływania. Tempo pracy dostosowuję do możliwości dziecka. Zakładam więc cierpliwe oczekiwanie na postępy. Ćwiczenia mogą być powtarzane i utrwalane w różnych sytuacjach zabawowych – aż do osiągnięcia zadowalającego efektu.

1) Ocena indywidualnych predyspozycji dziecka

Zaplanowanie skutecznego programu terapeutycznego wymaga szczegółowej znajomości indywidualnych predyspozycji dziecka. Ponieważ dokładną diagnozę funkcjonalną Pawła przedstawiłam powyżej, ograniczę się tylko do omówienia zainteresowań chłopca, preferowanych przez niego aktywności oraz gotowości społecznej. Pozwolą one zindywidualizować zasady przyjęte w terapii chłopca.

Paweł jest dzieckiem pogodnym, radosnym, chętnie podejmuje proponowane mu zadania, jednak skupia się na nich bardzo krótko. Ma wiele zainteresowań. Paweł bardzo lubi zabawy, które polegają na wchodzeniu w różne role społeczne, takie jak np. zabawa w dom (podawanie obiadu, usypianie misia, sprzątanie) czy jazda samochodem. Dużą radość sprawia mu budowanie z klocków parkingu samochodowego i potem jeżdżenie po nim samochodami. Z chęcią zajmuje się prostymi układankami, szczególnie tymi, z którymi sobie radzi. Zajęciem, które na dłużej skupia jego uwagę, jest wrzucanie pieniążków do skarbonki, wkładanie kółek na patyk, przesypywanie kaszy, fasoli, kasztanów. Do szczególnie ulubionych zajęć chłopca należy jednak słuchanie piosenek z przedstawianiem ich treści za pomocą gestów lub zabawkowych zwierzątek. Pawła interesują także ćwiczenia przed lustrem, cieszy go swój widok. Dłużej potrafi się zająć także oglądaniem zdjęć. Preferowaną formą aktywności chłopca jest „taniec". Ma on swoją ulubioną kasetę z muzyką, przy której tańczy. Paweł bardzo lubi zabawy ruchowo-słuchowe, w których stara się uczestniczyć. Często gra na instrumentach perkusyjnych. Chętnie biega.

Paweł przejawia gotowość do wchodzenia w kontakty z ludźmi. Nie potrafi jednak utrzymać ich z rówieśnikami. Często bawi się sam, a jeżeli już kogoś zaprasza do zabawy, jest to wychowawczyni lub wolontariusz. Nie potrafi bawić się naprzemiennie. Aktywność chłopca często jest niecelowa. Gesty, których

używa, pragnąc przekazać jakąś informację, są niezrozumiałe dla nauczycieli. Wskazuje to na brak uporządkowanego sposobu niewerbalnego porozumiewania się.

Chłopiec rzadko wykazuje motywację do mówienia. Na krótko skupia uwagę. Nie lubi uczyć się nowych rzeczy, które sprawiają mu kłopot.

Znając ograniczenia, możliwości oraz potrzeby Pawła, mogłam opracować indywidualny program pracy rewalidacyjnej. Podejmując się tego, przyjęłam następujące zasady:

– uwzględnienie zainteresowań i preferowanej aktywności dziecka,

– nadawanie trwałego znaczenia sposobom ekspresji opanowanym już przez chłopca,

– bazowanie na czynnościach prostych, znanych i lubianych w celu lepszej koncentracji uwagi,

– bodźcowanie polisensoryczne,

– stawianie przed dzieckiem zadań dostosowanych do jego możliwości psychofizycznych,

– częste wzmacnianie aktywności w celu wzbudzenia motywacji oraz kształtowania poczucia sprawczości pozytywnej,

– okazywanie dziecku zadowolenia nawet w przypadku małych osiągnięć oraz zachęcanie go do podejmowania działań w celu pokonania trudności,

– nauczenie Pawła przeżywania radości z własnych osiągnięć (akcentowanie postępów),

– dostosowanie czasu trwania poszczególnych ćwiczeń do wydolności chłopca.

2) Rodzaje ćwiczeń proponowanych w programie terapeutycznym

Ponieważ Paweł jest dzieckiem ze sprzężonymi zaburzeniami mowy, na które dodatkowo nakładają się takie ograniczenia, jak upośledzenie umysłowe, niedowłady kończyn i aparatu artykulacyjnego, wymaga on stymulacji wieloprofilowej. Program powinien więc zawierać zarówno ćwiczenia zmierzające do budowania kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej, jak również usprawniające aparat artykulacyjny.

Budowanie kompetencji powinno przebiegać zgodnie z prawami naturalnego rozwoju mowy. Ćwiczenia służące nabywaniu języka muszą zatem uwzględniać takie działania, jak: przyswajanie nazw na tle sytuacyjnym, wyróżnianie poprzez gest czy intonację nazw w wypowiedziach, pobudzanie do powtarzania, wielokrotne utrwalanie wypowiedzi. Program zakłada stymulację polisensoryczną, by dziecko mogło kojarzyć słowo z bodźcem wzrokowym, słuchowym, dotykowym i ruchowym. Ze względu na poważne deficyty uwagi i inne ograniczenia chłopca

ćwiczenia muszą być prowadzone w trakcie zabawy i w sytuacjach życia codziennego. Podczas terapii logopeda powinien w miarę możliwości odczytywać intencje dziecka wynikające z kontekstu sytuacyjnego i starać się je werbalizować. Ważne jest również to, aby nie narzucać dziecku działań, ale umożliwić mu wybór alternatywnych rozwiązań. Zwracając się do Pawła, należy używać znanego mu słownictwa i stosować proste konstrukcje gramatyczne. Cenne może być również stwarzanie sytuacji umożliwiających chłopcu wykazanie się osiągniętymi umiejętnościami w zakresie komunikacji werbalnej, a także zagwarantowanie poczucia sukcesu podczas każdego spotkania.

Przy problemach dyzartrycznych występujących u Pawła niezbędne są też ćwiczenia aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego. Proces usprawniania realizacji ma w zasadzie dwa etapy: pierwszy – związany z usprawnianiem czynności fizjologicznych, leżących u podstaw mowy i drugi – dotyczący *stricte* funkcji mowy. Jest to postępowanie zgodne z zasadą stopniowania trudności, która obowiązuje w każdej terapii.

Ze względu na złożoność objawów towarzyszących zaburzeniom mowy terapia logopedyczna musi być łączona z działaniami umożliwiającymi rewalidację ogólnorozwojową. Ćwiczenia wpływające pozytywnie na rozwój ogólny dziecka powinny służyć poprawie: zdolności koncentracji uwagi, sprawności motorycznej (dużej, małej, oralnej), percepcji wzrokowej, percepcji słuchowej, koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej, pamięci ruchowej, słuchowej i wzrokowej, motywacji do komunikacji werbalnej, uczestniczenia w grupie społecznej.

Warto również rozważyć w przypadku dziecka z poważnym uszkodzeniem o.u.n., które znacznie wpływa na funkcjonowanie aparatu artykulacyjnego, zastosowanie dodatkowych strategii wspomagania rozwoju komunikacji. Podstawowym założeniem terapii logopedycznej jest wykształcenie mowy czynnej. Należy jednak pamiętać, że nie może ono przysłonić nadrzędnego celu rewalidacji, tj. osiągnięcia skutecznego sposobu porozumiewania się. Zdarza się bowiem, że w imię starań i idącej za nimi nadziei na pojawienie się u dziecka mowy czynnej dochodzi do niezamierzonego zablokowania możliwości rozwoju umiejętności porozumiewania się, a co za tym idzie również umiejętności poznawczych i społecznych. Aby temu zapobiec, należy wprowadzić do procesu terapeutycznego wspomagające sposoby porozumiewania się. Komunikacja wspomagająca i alternatywna (AAC – *Augmentative and Alternative Communication*) polega na wykorzystaniu wszelkich istniejących sposobów przekazywania informacji w celu uzupełnienia lub zastąpienia komunikatu przekazywanego zwykle za pomocą słowa [Smyczek 2002].

We wspomaganiu porozumiewania się wykorzystuje się zarówno środki naturalne (wokalizacje, wskazywanie wzrokiem, gesty, reakcje mimiczne, ruchowe), jak i różnorodne pomoce komunikacyjne (tablice komunikacyjne, książki ze słownictwem, wyrażonym za pomocą symboli, obrazków, piktogramów, zdjęć,

liter lub/i słów). Najważniejszym celem, do którego się dąży, jest umożliwienie dziecku pełnego uczestniczenia w procesie komunikacji (występuje ono zarówno w roli odbiorcy informacji, jak i nadawcy przekazu). Na początkowym etapie terapii należy wykorzystywać przede wszystkim aspekt wspomagający AAC. Działania te na pewno nie wpłyną negatywnie na kształtowanie się mowy dziecka, a mogą zapobiec wtórnym zaburzeniom jego ogólnego rozwoju.

3) Rola otoczenia społecznego w rewalidacji dziecka

Rzeczą konieczną jest zaangażowanie w proces terapeutyczny otoczenia społecznego. Wiadomo, że efekty porozumiewania się z dzieckiem zależą w dużej mierze od zdolności nadawania i odbierania informacji przez osoby dorosłe, przebywające z nim. Oddziaływanie środowiska, w którym przebywa dziecko, może być bardzo znaczące. Rodzice, środowisko przedszkolne mogą stać się dodatkowym czynnikiem patogennym, negatywnie wpływającym na dziecko. Mogą też przez odpowiednie działania doprowadzić, że ich relacja z dzieckiem będzie maksymalnie korzystna. Szczególnie ważna wydaje się ścisła współpraca z rodzicami i czynne ich włączanie w proces rewalidacji. Proces terapeutyczny dziecka obejmuje do pewnego stopnia także oddziaływanie na jego rodziców [Kościelska 2000]. Należy sprawić, aby zaczęli oni dostrzegać indywidualne właściwości dziecka, zaprzestali koncentrowania się na jego deficycie, doskonalili rozumienie jego zachowań, potrafili przyjąć perspektywę dziecka jako równouprawnioną z perspektywą własną, dostarczali mu jak największej liczby doświadczeń. Zdrowym relacjom z dzieckiem służy uwzględnianie jego odrębności psychicznej w zakresie potrzeb, emocji, preferencji. Cenne jest też posiadanie realnego obrazu dziecka i dostosowanie wymagań do jego możliwości. Stanowi to bowiem podstawę do wybrania optimum w zakresie kierowania aktywnością dziecka, udzielania mu pomocy i dostarczania bodźców stymulujących. Dla dziecka takiego jak Paweł konieczne jest też zapewnienie spokoju, ładu i stabilności warunków życia. Decydujące dla osiągnięcia pozytywnych rezultatów są także miłość, bezpieczeństwo i akceptacja, jakich doznaje ze strony rodziców.

Zadanie logopedy polega na uczeniu rodziców odpowiednich ćwiczeń, które mogliby systematycznie kontynuować z dzieckiem w domu, oraz przekonanie ich o słuszności podejmowanych działań, zachęcanie do cierpliwości i niezniechęcania się brakiem szybkich postępów. Systematyczność, brak pośpiechu, nieokazywanie zniecierpliwienia stanowią podstawowy, choć nie jedyny, warunek powodzenia

terapii. Nastąpienie oczekiwanej poprawy po okresie długiej stagnacji nie jest zjawiskiem odosobnionym[5].

Program terapeutyczny powinien być zgodny z oddziaływaniami, jakim dziecko poddawane jest w przedszkolu. Wspólny front działania jest wskazany choćby w celu ujednolicenia słownika domowego i przedszkolnego, wprowadzenia porządku i stabilizacji w funkcjonowanie dziecka.

2. Program kompleksowej terapii logopedycznej

Program oddziaływań, który przedstawiam poniżej, składa się z trzech bloków zajęć. Dotyczą one: budowania kompetencji językowej i komunikacyjnej, usprawniania realizacji oraz wspierania rozwoju ogólnego dziecka. Opracowując ćwiczenia, uwzględniłam szczególne potrzeby, możliwości efektywnej pracy oraz preferencje chłopca. Zasadniczym celem terapii w przypadku Pawła jest wypracowanie indywidualnego kodu porozumiewania się poprzez kształcenie zachowań komunikacyjnych. Optymalnym skutkiem oddziaływań byłby rozwój mowy czynnej. Natomiast konieczne do osiągnięcia minimum pracy terapeutycznej zakłada rozwój niewerbalnego sposobu skutecznej komunikacji chłopca.

1) Zajęcia zmierzające do budowania kompetencji

Najważniejszy blok zajęć będzie stanowić procedura logopedyczna, która polega na budowaniu kompetencji językowej i komunikacyjnej[6]. Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych odbywa się zarówno w sferze werbalnej, jak i niewerbalnej. Pierwszym krokiem będzie zbudowanie kontaktu komunikacyjnego pomiędzy dzieckiem niemówiącym a osobą mówiącą. Pamiętając o podstawowym celu rewalidacji i biorąc pod uwagę indywidualne predyspozycje Pawła, zakładam następujące etapy uczenia chłopca aktywnego komunikowania się z otoczeniem:

1. Nawiązanie kontaktu komunikacyjnego (poprzez wzrok, zawołanie, mówienie do chłopca).

[5] J. Baran [1987] zauważa: „Rozwój dziecka kojarzy się nieodparcie z rozwojem rośliny. Pewne momenty wymykają się naszej obserwacji. Nie potrafimy uchwycić tego momentu, kiedy pojawia się nowa jakość. Po prostu nagle stwierdzamy fakt jej istnienia. Podobnie jak w rozwijaniu się kwiatów nie dostrzegamy poszczególnych momentów rozchylania się płatków, tak i u dziecka – nie potrafimy określić faz przechodzenia od jednej jakości do drugiej". W rozwoju dziecka moment przejścia od czynności prostych do bardziej skomplikowanych często jest więc nagły.

[6] Zdobycie przez dziecko kompetencji stanowi bowiem punkt wyjścia i podstawę późniejszego procesu usprawniania realizacji.

2. Nauka podtrzymywania kontaktu (poprzez patrzenie na dziecko, utrzymywanie kontaktu w sytuacji zabawy, werbalizowanie skierowanych do nas zachowań dziecka, wydłużanie czasu koncentracji uwagi, zachęcanie do zabawy, okazywanie radości z podjętej przez dziecko współpracy).

3. Nauka naśladownictwa. Musi się ona odbywać w oparciu o zabawę, np. tworzenie teatrzyku pacynkowego. Początkowo dziecko powtarza proste gesty terapeuty (np. „chodź tu!"). Należy także wzmacniać naturalną gestykulację. Następnie zgodnie z rozwojem mowy dziecka można przejść do naśladowania onomatopei[7], potem wyrazów o strukturze CVCV (złożonych z sylab reduplikowanych, w których sąsiadowałyby z sobą głoski najbardziej skontrastowane pod względem stopnia otwarcia narządów mowy). Można także ćwiczyć nazywanie zwierząt, posługując się planszami z obrazkiem, podpisanym wyrazem dźwiękonaśladowczym. W ten sposób przygotowujemy dziecko do nauki czytania prostych słów globalnie. Dziecko przyswaja zapisane słowo – jak obraz. Stopniowo, na dalszym etapie pracy, można próbować wycofywać obraz.

4. Nauka wyboru. Należy stworzyć sytuację, w której chłopiec będzie musiał dokonać wyboru, np. formy aktywności, koloru kredki, rodzaju cukierka itp. Decydowanie o elementach akcji daje możliwość świadomego uczestniczenia w niej.

5. Nauka naprzemienności w działaniu, np. przez wspólne budowanie wieży z klocków. Kiedy dziecko stawia jeden klocek, a dorosły następny, powstaje coś w rodzaju dialogu czynności, który przypomina rozmowę. Poza tym czynności terapeuty są zachętą dla dziecka i prowokują je do podjęcia działania. Aby zachęcić dziecko do współdziałania, powinniśmy rozpocząć zabawę od czynności, która nie sprawia mu kłopotów. Uzyskanie sukcesu na wstępie działania zachęca do podejmowania następnych wysiłków. Naprzemienność działań można ćwiczyć też budując wieżę z rąk. Na stole kładzie się po kolei dłonie płasko jedną na drugiej w następującej kolejności: prawa dłoń dziecka, prawa dorosłego, lewa dłoń dziecka, lewa dorosłego. Następnie, gdy „wieża" jest już gotowa, wyciąga się kolejno dłoń położoną najniżej i nakłada się ją na wierzch „wieży". Można też wykorzystać zabawę pt. „Odbijanka", polegającą na klaskaniu raz w ręce partnera, raz w swoje. Odbywa się to naprzemiennie: prawa z prawą, lewa z lewą, w obie ręce partnera. Rozpoczynamy ćwiczenia od najprostszych konfiguracji, stopniowo zwiększając trudność.

6. Nauka odmawiania i potwierdzania. Są to ćwiczenia polegające na uczeniu odpowiadania na pytania przez kręcenie głową i wypowiedzenie: „nie" lub potakujący ruch głową z wypowiedzeniem: „tak".

[7] Może to być naśladowanie odruchów naturalnych: ziewania, kasłania, głośnego śmiechu oraz odgłosów zwierząt, a następnie celowe ich powtarzanie po nadaniu im uprzednio językowego znaczenia.

7. Nauka upominania się. Trzeba pokazać dziecku, że wyciągnięcie ręki z okrzykiem: *Daj!* – w prośbie o przedmiot – daje duże korzyści. Dziecko uczy się przejawiania inicjatywy.

8. Nauka inicjowania kontaktu komunikacyjnego. Uczymy dziecko stawiania pytań, np. poprzez gest odpowiedniego pokazania przedmiotu oraz poprzez mimikę i wypowiedzenie z dobitną intonacją słów: *Co to jest?* Wypracowanie u Pawła domagania się akcji nie będzie trudne. Paweł często wskazuje na siebie w zabawie, mówiąc: *ja*, co świadczy o kształtowaniu się osobowości i jest przejawem chęci bycia aktywnym. Gdy chłopiec podaje książeczkę, należy za niego zwerbalizować intencję, z którą przyszedł, np. słowami: *Poczytaj mi!*, przy zabawie klockami: *Zbuduj mi!* itp. Trzeba także pokazać dziecku, jak może posługiwać się odpowiednio dobranym obrazkiem.

Postępowanie z dzieckiem o niepełnosprawności sprzężonej zakłada dużą elastyczność w realizowaniu zaplanowanej terapii.

Poznawanie przez dziecko określonych znaków komunikacyjnych musi mieć wymiar realny, związany z codziennym życiem. Jest to założenie zgodne z prawami biologicznego nabywania języka, ponieważ mowa wyrasta z działania. Poprzez uczestnictwo w sytuacji komunikacyjnej następuje interioryzacja reguł użycia języka, a zaistnienie określonych warunków sprzyja ich aktualizacji w formie zachowań językowych. Dziecko uczy się zatem odróżniać rolę pytającego od odpowiadającego, umiejętności podejmowania tych ról odpowiednio do sytuacji, rozumienia typowych zwrotów kolokwialnych, komentarzy, umiejętności inicjowania, podtrzymywania i zakończenia dialogu. W ten sposób zdobywa ono kompetencję komunikacyjną, niezbędną dla skutecznego porozumiewania się.

Postulat budowania kompetencji językowej będzie w przypadku Pawła przede wszystkim realizowany jako poszerzanie słownika biernego. Sprawą kluczową wydaje się odpowiedni dobór słownictwa dostosowany do wieku dziecka i odzwierciedlający nawyki językowe grupy rówieśniczej. Język dziecięcy nasycony jest wykrzyknieniami, wyrażeniami nacechowanymi emocjonalnie, pytaniami, komentowaniem własnych działań. Te cechy muszą być uwzględnione w zestawie słownictwa proponowanym chłopcu. Należy wziąć także pod uwagę indywidualne doświadczenia dziecka i preferencje w wyborze tematów, co powinno spełniać dodatkowo funkcję motywującą do komunikowania się[8]. Nowe słowa powinny być podawane w rozsądnej, przyswajalnej przez Pawła liczbie. Myślę, że korzystne i ułatwiające przyswajanie słów przez chłopca byłoby podawanie ich w grupach tematycznych, np. ja i moja rodzina, dom, przyroda, zwierzęta, pojazdy, jedzenie, zabawki itp. Konieczne dla rozumienia struktury wypowiedzi wydaje się także tworzenie pól semantycznych. Poszerzaniu słownika sprzyja kojarzenie wzorca

[8] Wprowadzane słowa powinny spełniać następujące trzy kryteria: muszą być dla dziecka ważne, potrzebne i zrozumiałe.

słuchowego wyrazu z bodźcami wzrokowymi, dotykowymi, ruchami ciała, gestami[9]. Ułatwiają one dziecku kojarzenie słowa z desygnatem lub obrazkiem. Stymulacja polisensoryczna polega więc na wspomaganiu przekazu, zarówno przez nauczyciela jak i dziecko, poprzez dodatkowe środki komunikacyjne: naturalne i ustalone gesty, mimikę twarzy, przedmioty, obrazki, zdjęcia, dotyk i kontakt fizyczny, dźwięki paralingwistyczne (westchnienia, pomruki, płacz, jęki, śmiech i inne odgłosy), kontakt wzrokowy. W związku z zastosowaniem komunikacji wielozmysłowej istnieje potrzeba doskonalenia aferentacji wzrokowej, słuchowej, czuciowej[10].

Działania przedstawione powyżej zostały oparte na założeniach Modelu Uczestnictwa[11]. Mają na celu zapewnienie dziecku właśnie pełnego uczestnictwa w komunikacji. Dziecko rzeczywiście staje się podmiotem sytuacji edukacyjnej, a nie tylko biernym odbiorcą.

Rodzice mogą wspierać dodatkowo rozwój mowy poprzez stosowanie tzw. kąpieli słownej. To działanie stosowane jest zwłaszcza w odniesieniu do małych dzieci, ale w stosunku do starszych także może pełnić funkcję stymulującą. Obdarzanie komentarzem każdej czynności wykonywanej razem z dzieckiem, zadawanie pytań i odpowiadanie na nie dostarczają gotowych struktur językowych do realizacji konkretnej intencji. Zadaniem rodziców jest też ustawiczne ćwiczenie zdobytych już przez dziecko umiejętności komunikacyjnych.

Sprawą niezwykle ważną jest nieustanne motywowanie dziecka do podejmowania wysiłku i pokonywania trudności. Rzeczą, która może to zadanie ułatwić, jest prowadzenie przez rodziców tzw. dziennika wydarzeń [Schmid-Giovannini 1995][12]. W dzienniku rodzice utrwalają przeżycia dziecka poprzez rysowanie obrazków, wklejanie zdjęć, podpisy. Najlepiej jeżeli przedstawiona w dzienniku sytuacja jest bliska dziecku, nacechowana emocjonalnie (zarówno pozytywnie jak i negatywnie). Zapis może dotyczyć przeżycia miłego, np. wizyty w ZOO, ale i przykrego, np. stłuczenia szklanki. Podpisy pod obrazkami mogą stać się w przyszłości pierwszą lekturą dziecka. Ponieważ główną postacią dziennika jest samo dziecko, spełnia on rolę aktywizującą do mówienia, wyrażania emocji poprzez opowiadanie o tym, co się wydarzyło. Stanowi też dodatkową pomoc do utrwalania poznanego słownictwa.

---

[9] Dotyczy to głównie dzieci z upośledzeniem umysłowym, zaburzeniami percepcji czy deficytem uwagi.

[10] O tym szerzej w punkcie 3, przy omawianiu zajęć ogólnorozwojowych.

[11] Model Uczestnictwa jest strategią opracowywania funkcjonalnej diagnozy porozumiewania się, wyboru słownictwa i adaptowania zajęć szkolnych dla niepełnosprawnych, niemówiących uczniów [Warrick 1999]. Dużą rolę odgrywa w tej strategii AAC.

[12] Pomysł ten zaczerpnęłam z metodyki uczenia języka dzieci niesłyszących. Myślę, że w przypadku Pawła „dziennik wydarzeń" spełni podobną rolę motywującą i prowokującą do mówienia.

2) Zajęcia usprawniające realizację mowy

U Pawła oprócz ruchów artykulacyjnych zaburzone są funkcje fizjologiczne, takie jak jedzenie i picie. Dlatego przewidywana terapia zakłada dwa etapy oddziaływań: usprawnianie tych czynności fizjologicznych oraz stymulację funkcji związanych z mową.

Chłopiec jest dzieckiem, które wskutek małej sprawności warg i słabego mięśnia okrężnego nie potrafi dmuchać, przy „dawaniu buzi" nie zwiera warg. W czasie jedzenia nie ściąga z łyżki zawartości, lecz wlewa lub wrzuca ją sobie do buzi. Język leży w płaskiej, niskiej pozycji, nie wykonuje ruchów pionowych ani poziomych, co zaburza formowanie kęsa i połykanie. Przy stale uchylonych wargach występuje ślinotok.

W celu poprawienia funkcji fizjologicznych, występujących wcześniej w rozwoju dziecka od mówienia, tj. gryzienia, żucia, picia, połykania, należy zastosować ćwiczenia praksji i gnozji oralnej. Terapia karmienia obejmuje: naukę prawidłowej pozycji przy jedzeniu, trening prawidłowego żucia, przeciwdziałanie występowaniu odruchu wysuwania języka podczas jedzenia i picia. Kolejne etapy pracy dokładnie opisuje M. Borkowska [1997].

Dużo wysiłku wymaga nauczenie dziecka picia z kubka. Do tej pory Paweł „wlewa" płyn do buzi i połyka go przy wysuniętym języku. W celu zmiany nieprawidłowego nawyku można użyć kubka z wystającym brzegiem. Brzeg naczynia należy umieścić między wargami dziecka i jednocześnie nie dopuścić do ich otwarcia. Pomocne okazuje się nauczenie dziecka picia przez rurkę[13] (grubą i krótką, aby chłopiec mógł łatwiej wciągać płyn). Do tej pory jednak Paweł odrzuca próby podawania mu napojów przez rurkę.

Żucie jest czynnością, której trudno nauczyć. Wstępem do terapii będzie zwiększenie konsystencji podawanych pokarmów[14]. Naukę rozdrabniania zaczynamy od stałych, ale miękkich pokarmów, np. gotowanego ziemniaka, białka jajka, banana, bułki umoczonej w herbacie. Znaną metodą jest także podawanie do żucia wąskich i długich kawałków gotowanej, miękkiej wołowiny. Można także na zęby trzonowe dziecka położyć kawałek biszkopta i poprowadzić ruch żuchwą w górę i dół – aż do rozkruszenia ciastka. Podczas wykonywania biernych ruchów szczęki dziecko słyszy chrupanie i jednocześnie czuje, co oznacza gryzienie i żucie. Ponadto biszkopt łatwo się rozpuszcza w ustach, co daje dziecku poczucie sukcesu z wykonanego działania. Przy nauce przyjmowania pokarmów ważne jest także pokazywanie nieco przesadnych ruchów, które dziecko ma wykonywać.

[13] Grubość rurki powinna być indywidualnie dostosowana do umiejętności zamykania warg przez dziecko.

[14] W domu Pawłowi podawane są głównie pokarmy w płynnej postaci.

Terapia żucia Pawła przynosi pozytywne rezultaty. Chłopiec samodzielnie je zupy oraz drugie danie – rozgniatane widelcem. Potrafi zjeść kanapkę (chleb bez skórki). Niestety w zakresie funkcji połykania i picia płynów utrzymują się nieprawidłowe nawyki.

W celu kontroli ślinienia oraz podniesienia napięcia mięśni twarzy i mięśni języka wskazane jest wykonywanie masaży jamy ustnej. Masaż powtarza się kilka razy dziennie przed jedzeniem. Najczęściej wykonuje się go palcem owiniętym w sterylną gazę, ale można używać także: łyżeczki, skórki chleba, szczoteczki do zębów, kawałka jabłka, lizaka. Używając przedmiotów o różnej temperaturze i powierzchni, dostarczamy dodatkowych wrażeń dotykowych. Różne sposoby masażu opisują w swoich pracach: E. Stecko [2000], J. Kielin [2000] i M. Borkowska [1997].

W celu ogólnej stymulacji twarzy, ust, usprawnienia funkcji jedzenia i picia, podjęcia ruchów artykulacyjnych można zastosować także ustno-twarzową terapię regulacyjną według Castillo-Moralesa. Polega ona na stymulacji neuromotorycznych punktów twarzy (punkty: gładzizny, kącików oka, skrzydełek nosa, wargi górnej, kątów ust, podbródka, dna jamy ustnej, żwacza) poprzez kilkusekundowy lekki ucisk lub wibrację [Kielin 2000]. Metoda ta służy zwiększaniu kontroli nad mięśniami twarzy oraz ćwiczy ich ruch.

By zmniejszyć ślinotok i poprawić czucie wewnątrz ust, program przewiduje stymulację oralną smakami. Ćwiczenia wymagają współpracy ze strony rodziców, bo muszą być wykonywane kilka razy w ciągu dnia. Należy np. podawać dziecku odrobinę substancji o zdecydowanym smaku (musztarda, ocet, curry, sok z cytryny, miód, czosnek, mięta, cynamon, chilli, sól, pieprz itp.) przed każdym posiłkiem i przed spaniem. Każdego dnia podajemy inną substancję, tylko jedną, zawsze wymawiając jej nazwę. Do stymulacji dotykowej wewnątrz ust można wykorzystać następujące zabiegi: przykładanie do warg i wkładanie do wnętrza buzi kulek lodowych, wpryskiwanie za pomocą rozpylacza wody – na zmianę: zimnej, letniej, bardzo ciepłej, wdmuchiwanie za pomocą rozpylacza strumienia powietrza do jamy ustnej.

W przypadku Pawła korzystne byłoby zwiększenie świadomości doznawanych bodźców czuciowych również w okolicy ust, szczęk, nosa, policzków. W tym celu należy wprowadzić masaże twarzy palcami i przy zastosowaniu innych materiałów (piórko, gąbka, jedwab, wełna, futerko) – przykładanie na zmianę ciepłych i zimnych przedmiotów.

Przechodzę do przedstawienia ćwiczeń oddechowych i fonacyjnych, niezbędnych przy rehabilitacji dziecka z dyzartrią. Ćwiczenia oddechowe mają na celu wypracowanie prawidłowego toru oddechowego, pogłębienie oddechu, wydłużenie fazy wydechowej, wyregulowanie rytmu wydechowego. Praca nad oddechem może odbywać się w przypadku Pawła tylko w sytuacji zabawy. Stosuję w pracy z nim następujące ćwiczenia: dmuchanie na kulki z waty, piórka, chuchanie w ręce,

wąchanie kwiatków, gimnastykę, polegającą na uniesieniu rąk, połączonym z wdechem i skłonie z opuszczeniem rąk i wydechem; dmuchanie na piłeczkę ping-pongową w wodzie, zdmuchiwanie małych świeczek urodzinowych, zabawa w wiatr rozdmuchujący liście, nadmuchiwanie „balonika w brzuchu", próba włączenia w oddychanie pracy przepony poprzez leżenie na plecach i huśtanie na brzuchu misia. Paweł nie potrafi jeszcze dmuchać – wykonuje tylko gest chuchający, oddech nadal jest bardzo płytki. Ćwiczenia fonacyjne, polegające np. na utrzymaniu „śpiewanej" głoski *a* lub przedłużaniu wyrazów dźwiękonaśladowczych, staram się przeprowadzać razem z ćwiczeniami oddechowymi.

Aparat mowy jest także usprawniany poza czynnościami żucia, gryzienia itp. Przy tak dużej niesprawności narządu mowy, jaką obserwuje się u Pawła, nie można zastosować ćwiczeń artykulacyjnych, wykorzystywanych np. w dyslalii. Nie można proponować ćwiczeń wykraczających poza możliwości dziecka, ponieważ takie działanie zniechęca do pracy zarówno dziecko, jak i matkę, która z nim ćwiczy. Konieczne, w kontekście trudności w żuciu i słabości mięśni twarzy, wydają się ćwiczenia żuchwy, np. opuszczanie z wyraźnym zaznaczeniem dwóch faz: otwarcie do pozycji umiarkowanej oraz pogłębienie otwarcia, naśladowanie ruchów żucia [Kania 2001], próba wyciągania „węży – żelków" przy zaciśniętych na nich zębach dziecka. Celem tych ćwiczeń jest umiejętność utrzymania jamy ustnej w domknięciu, które już się u Pawła pojawia, ale trwa bardzo krótko.

Proponowane ćwiczenia warg obejmują: naprzemienne domykanie i otwieranie warg, spłaszczanie zamkniętych ust w uśmiechu, ćwiczenia obejmowania ustami przedmiotów (łyżki, fletu, banana).

Język jest usprawniany przez masaże. Dodatkowo proponuję następujące rodzaje ćwiczeń: kontrolowane wysuwanie i chowanie języka w jamie ustnej[15], unoszenie języka do góry (przy śpiewie: *lalalala*), ćwiczenia mięśni języka przez zlizywanie miodu, nutelli, ketchupu z talerzyka.

Podniebienie miękkie można ćwiczyć, wykorzystując odruchy naturalne: kasłanie, ziewanie.

Na dzień dzisiejszy Paweł czyni niewielkie postępy w zakresie sprawności aparatu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego. Jednakże wiadomo, że w przypadku dzieci z dyzartrią terapia logopedyczna zwykle jest bardzo długa i postępuje powoli. Nie można zatem spodziewać się szybkich i spektakularnych zmian. Program zakłada więc cierpliwą i systematyczną pracę metodą „małych kroków".

[15] Chłopiec wysuwa język do dolnych zębów tylko przy próbie kląskania.

3) Zajęcia stymulujące ogólny rozwój dziecka

W ramach wieloprofilowego usprawniania warto również zaplanować zajęcia wpływające na rozwój ruchowy, percepcyjny, poznawczy i emocjonalny dziecka. W przypadku Pawła cenne jest aktywizowanie myślenia i rozwijanie sprawności umysłowej wszelkimi dostępnymi sposobami. Nacisk należy położyć na rozumienie przez chłopca sytuacji i komunikatów. Ćwiczymy zatem reagowanie na własne imię, wyrażanie potrzeb przez gest wskazywania, mimikę, odgłosy. Bardzo ważną umiejętnością jest orientacja w schemacie własnego ciała, której uczymy poprzez wskazywanie części ciała – swoich, lalki, terapeuty, poprzez pokazywanie ich na obrazkach, nakładanie na kontur człowieka dużych (noga, ręka, głowa) oraz małych (oko, nos, ucho, buzia) części ciała, wykorzystanie ćwiczeń Ruchu Rozwijającego V. Sherborne [1996].

W związku ze sprzężoną niepełnosprawnością i spowodowanym nią mniejszym zasobem doświadczenia koniecznym elementem terapii będzie poszerzanie zakresu wiedzy i umiejętności dziecka poprzez zapoznanie z nazwami przedmiotów, ich cechami jakościowymi, przeznaczeniem oraz zastosowaniem w konkretnych sytuacjach życiowych. Na wzór naturalnej sytuacji uczenia się odbywa się to poprzez doświadczenie sensoryczne. Zakładam zatem, że chłopiec będzie oglądał dany przedmiot na obrazku, ale następnym elementem kształcenia stanie się zabawa, pozwalająca na używanie przedmiotów zgodnie z przeznaczeniem, np. czesanie, mycie, karmienie lalki. Dziecko uczymy także rozpoznawania przedmiotów na obrazku na podstawie użytku. W tym celu zadajemy np. pytanie: *Pokaż to, czym się czesze / myje / wbija gwoździe* itp. Wiedza zdobyta podczas pracy w przedszkolu powinna być poparta doświadczeniem realnym i w ten sposób utrwalona, np. po lekcji, na której chłopiec poznaje nazwy zwierząt – idziemy z nim do ZOO, po poznaniu nazw owoców – kupujemy różne ich rodzaje, nazywamy realne obiekty, dajemy je smakować. Wiedza powinna być przekazywana w porcjach możliwych do przyswojenia. Zajęcia następujące kolejno powinny łączyć się z sobą tematycznie. Na każdej lekcji powinien pojawić się moment, w którym przypominamy wiedzę czy umiejętności z poprzednich ćwiczeń. W dalszym ciągu dużą rolę kształcącą będą odgrywać zabawy tematyczne, np. w lekarza, dom, sklep, ZOO itp. Zabawy te stwarzają możliwość wchodzenia w role społeczne, formułowania komunikatów, poznawania nowych przedmiotów oraz manipulowania nimi.

Aktywizowaniu myślenia, jak i ćwiczeniu uwagi i koncentracji sprzyjają różne zabawy oparte na czynności segregowania. Poniżej przedstawiam kolejne etapy usprawniania myślenia zgodnie z zasadą stopniowania trudności. Zaczynamy od czynności dobierania parami identycznych przedmiotów, a także poznawania ich w różnych wzajemnych położeniach, np. jabłko leżące na talerzu, za talerzem

i przykryte talerzem. Początkowo ograniczamy się do loteryjek złożonych z 2-4 obrazków. Czynność ta uzmysławia dziecku zasadę tożsamości.

Kształcenie myślenia dziecka na podstawie analogii może odbywać się np. poprzez pokazywanie mu przedmiotów wykonanych z różnych materiałów. Cechy charakterystyczne materiału (drewna, szkła, metalu, futra, papieru) dziecko poznaje przez manipulację przedmiotami. Proponowane ćwiczenia polegają na wyszukiwaniu w otoczeniu i na obrazkach przedmiotów z określonego materiału, a także dobieraniu parami obrazków przedstawiających materiał (drewno) i przedmiot (stół), który z niego wykonano. Kolejny krok stanowi kategoryzowanie przedmiotów na podstawie wspólnej cechy – koloru, kształtu, wielkości. Umiejętność selekcji zdobywa dziecko wyszukując „intruza" – elementu nie pasującego do pozostałych. Dochodzimy w końcu do bardzo ważnej umiejętności – klasyfikacji przedmiotów poprzez segregację obrazków według kryterium semantycznego. Kolejny pułap stanowi kształcenie zdolności dostrzegania związków logicznych, np. poprzez dobieranie obrazków i przedmiotów na zasadzie: część – całość. Najwyższy stopień rozwoju myślenia w wieku 5-7 lat to dostrzeganie związków przyczynowo-skutkowych. Jednakże ze względu na stopień upośledzenia u Pawła osiągnięcie tego etapu będzie prawdopodobnie bardzo oddalone w czasie. Należy jednak w odpowiednim momencie podejmować próby, np. układania historyjek obrazkowych.

Ze względu na sprzężenie, jakie zachodzi między sferą psychiczną a sferą ruchową funkcjonowania dziecka, ćwiczenia wspomagające rozwój sensomotoryczny przedstawię wspólnie. W pracy z Pawłem jest wykorzystywana Metoda Ruchu Rozwijającego V. Sherborne [Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska 1996]. Wspomaga ona funkcjonowanie motoryczne dziecka, koordynację ruchową, tym samym dając poczucie sprawności ruchowej. Ponadto zapewnia trenowanie koncentracji uwagi, ukierunkowuje działania na cel. Metoda ta daje bardzo dobre rezultaty w kształceniu obrazu samego siebie[16] oraz nawiązywaniu kontaktów społecznych[17]. Metodę tę odróżnia od rehabilitacji ruchowej to, że koncentruje się ona przede wszystkim na kontakcie z innymi osobami, komunikacji niewerbalnej oraz aspekcie terapeutycznym, którego podstawą jest ruch.

Zajęcia słuchowo-ruchowe służą rozwojowi ogólnej sprawności i koordynacji ciała oraz kształtowaniu funkcji percepcji słuchowej. Ponieważ taniec jest ulubioną aktywnością Pawła, można wykorzystać ten fakt, wprowadzając do terapii dużo ćwiczeń logorytmicznych. Mogą to być piosenki z pokazywaniem treści, „taktowanie" – wykonywanie odpowiednich ruchów rękami[18], zabawy typu „stop

[16] Służą temu ćwiczenia indywidualne.

[17] Odbywa się to przez wykonywanie ćwiczeń w parach. Są to ćwiczenia tzw. „z", „przeciwko" lub „razem".

[18] Można wykorzystać elementy metody Bon Depart [Bogdanowicz 1999].

muzyka" – zatrzymywanie się, gdy muzyka przestaje grać, dopasowywanie ruchu do określonej melodii, np. niskie dźwięki – pełzanie po podłodze, wysokie – bieganie w truchcie itp. Ćwiczenia percepcji słuchowej zakładają dodatkowo poszukiwanie źródła dźwięku, koncentrację na różnych bodźcach słuchowych[19] oraz różnicowanie dźwięków. Do tego celu posłuży materiał dźwiękowy *Słucham i mówię* H. Rodak i D. Nawrockiej [1993]. Zajęcia te będą stanowić wstęp do ćwiczeń słuchu fonematycznego. Można także wprowadzić próbę wyklaskiwania rytmu (dwa uderzenia) z użyciem instrumentów perkusyjnych, klaskania.

Ze względu na występujące u Pawła wzmożone napięcie lewej strony ciała korzystne są wszelkie ćwiczenia relaksacyjne. Paweł jest dzieckiem nadpobudliwym, dlatego najbardziej wskazaną formą relaksacji będzie naprzemienne rozluźnianie i napinanie mięśni rąk, nóg, tułowia. Ćwiczenia te muszą mieć formę zabawy[20], np. zaciskamy ręce w piąstki (udajemy, że to kamienie), następnie rozluźniamy lub szeroko rozstawiamy palce rąk uniesionych nad głową (udajemy jelenia) i opuszczamy ręce, rozluźniając je.

Szczególne znaczenie dla ogólnego rozwoju dziecka mają zajęcia usprawniające koordynację wzrokowo-ruchową. Kształtowaniu wzorców ruchowych i usprawnianiu manualnemu służą następujące ćwiczenia: wrzucanie pieniążków do skarbonki, nawlekanie korali, zabawy „matrioszkami", wkładanką kołeczkową, kostką do sortowania, lepienie i ugniatanie plasteliny, malowanie całą dłonią, oddzieranie i gniecenie kawałków papieru, zabawy piaskiem, „solenie", posypywanie kaszą, zwijanie włóczki w duży kłębek, chwytanie jedną ręką i oburącz baniek mydlanych, wyławianie drobnych przedmiotów z wody. Poprzez bazgranie jednoręczne i oburęczne wytwarzają się skojarzenia wzrokowo-ruchowe.

Ćwiczenia orientacji wzrokowo-przestrzennej wykorzystywane w pracy z Pawłem polegają na składaniu obrazków pociętych na 4-6 elementów, układanek klockowych oraz konstruowaniu z klocków wież, pociągów, mostów.

Zajęcia ogólnorozwojowe powinny być prowadzone zarówno indywidualnie, jak i w miarę możliwości w grupie rówieśniczej. Ćwiczenia w grupie ułatwią nawiązanie relacji z innymi osobami oraz będą cennym doświadczeniem funkcjonowania w środowisku społecznym.

Wyżej opisany program realizuję z Pawłem od marca 2003 r. Zajęcia najczęściej mają formę zabawy, w której wykorzystuję każdą okazję, aby usprawniać zaburzone funkcje. Rodzaj zajęć dopasowuję każdorazowo do stanu fizycznego i samopoczucia dziecka. Bywają dni, gdy Paweł jest chętny do pracy, zainteresowany zaproponowaną czynnością, na której skupia się dostatecznie długo.

[19] Proponowałabym wykorzystanie *Programów aktywności* Knillów [1995].

[20] Pomysły zabaw służących relaksacji można zapożyczyć z terapii jąkających się. Regulacji napięcia mięśniowego służą takie ćwiczenia, jak: zabawy z wodą (wiosłowanie palcami, układanie dłoni luźno na wodzie), rysowanie palcami na tackach z kaszą, luźne wymachy rąk (naśladowanie gałęzi wierzby płaczącej), machanie na pożegnanie, strzepywanie rąk, przeciąganie się itp.

Czasami wydolność chłopca jest tak mała, że zmuszanie go do zajęć wydaje się bezcelowe. Wówczas zgodnie z zasadą elastyczności działań staram się podążać za dzieckiem i podchwytywać wybraną przez nie formę aktywności. Praca z Pawłem wymaga od logopedy przede wszystkim podejścia terapeutycznego, opartego na umiejętności nawiązywania kontaktu poprzez zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, zaufania, spontaniczności i aktywności, poczucia sprawstwa. Paweł jest w stanie dobrze funkcjonować tylko w przyjaznej atmosferze, kiedy ma dodatkowo możliwość decydowania o swojej aktywności. Wszelkie formy przymusu nie odnoszą żadnych rezultatów, skutkują negatywnie – ignorowaniem przez chłopca prób podjęcia współpracy.

Sprzężone zaburzenia mowy występujące u Pawła nie rokują szybkich efektów. Chłopiec czyni niewielkie postępy, zwłaszcza w zakresie mowy artykułowanej. W tej sytuacji najważniejsze wydają się: utrzymanie odpowiednich warunków do budowania kontaktu komunikacyjnego, dalsze systematyczne usprawnianie aparatu mowy oraz zapewnienie wszechstronnej stymulacji ogólnego rozwoju chłopca.

Bibliografia

ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce. T. 2 (1989). Red. M. Borkowska, Warszawa.

Baran J. (1987). Terapia zabawą, czyli usprawnianie psychoruchowe dziecka z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego, Warszawa.

Bielak B. (2000). Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Studium przypadku bliźniąt. „Logopedia" 27, 161-171.

Bogdanowicz M. (1985). Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym, Warszawa.

Bogdanowicz M. (1999). Metoda Dobrego Startu, Warszawa.

Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1996). Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka, Warszawa.

Borkowska M. (1976). Instrukcja karmienia dziecka z MPD, Warszawa.

Bouvet D. (1996). Mowa dziecka, Warszawa.

Brearley G. (1999). Psychoterapia dzieci niepełnosprawnych ruchowo, Warszawa.

Carr J. (1984). Pomoc dziecku upośledzonemu, Warszawa.

Demel G. (1998). Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola, Warszawa.

Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Usprawnianie ruchowe. Cz. 2 [1997]. Red. M. Borkowska, Warszawa.

Dziecko niepełnosprawne w rodzinie (1991). Red. I. Obuchowska, Warszawa.

Finnie N. (1994). Domowa pielęgnacja małego dziecka z porażeniem mózgowym, Warszawa.

Grabias S. (1997). Język w zachowaniach społecznych, Lublin.

Grabias S. (2000). Mowa i jej zaburzenia. „Logopedia" 28, 7-36.

Janas-Kaszczyk J., Tarkowski Z. (1991). O metodologii logopedii, Lublin.

Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O. (2001). Diagnoza i terapia dysartrii. W: Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 716-726.

Jaworowska-Obłój Z. (1985). Studium przypadku jako metoda diagnozy klinicznej. W: Materiały do nauczania psychologii. Seria III. T. 4, Warszawa, s. 365-387.

Kaczmarek L. (1966). Nasze dziecko uczy się mowy, Lublin.

Kania J. T. (2001). Szkice logopedyczne, Lublin.

Klimkowski M., Herzyk A. (red.) (1987). Diagnoza neuropsychologiczna, Lublin.

Knill Ch., Knill M. (1997). Program aktywności – świadomość ciała, kontakt i komunikacja, Warszawa.

Kordyl Z. (1968). Psychologiczne problemy afazji dziecięcej, Warszawa.

Kościelska M. (1976). Padaczka a zaburzenia rozwoju u dzieci. W: Materiały do nauczania psychologii. Seria IV. T. 5, Warszawa.

Kościelska M. (1984). Upośledzenie a rozwój społeczny, Warszawa.

Kościelska M. (1995). Oblicza upośledzenia, Warszawa.

Lewandowski A., Tarkowski Z. (1989). Dyzartria: wybrane problemy etiologii, diagnozy i terapii, Warszawa.

Logopedia. Pytania i odpowiedzi (2001). Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole.

Lovaas O. I. (1993). Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo, Warszawa.

Maas V. F. (1998). Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej, Warszawa.

Mazanek M. (1989). Psychopedagogiczne aspekty w rewalidacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. W: ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce. T. 2. Red. M. Borkowska, Warszawa, s. 148-175.

Michałowicz R., Chmielik J. (2001). Uszkodzenia układu nerwowego powstałe w okresie okołoporodowym i noworodkowym. W: Neurologia dziecięca w praktyce. Red. S. Jóźwiak, R. Michałowicz, Lublin.

Michałowicz R., Jóźwiak S. (2001). Padaczka u dzieci i młodzieży W: Neurologia dziecięca w praktyce. Red. S. Jóźwiak, R. Michałowicz, Lublin.

Michałowicz R., Ślenzak J. (1982). Choroby układu nerwowego dzieci i młodzieży, Warszawa.

Mózgowe porażenie dziecięce (1993). Red. R. Michałowicz, Warszawa.

Obuchowska I. (1976). Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży, Warszawa.

Olechnowicz H. (1994). Wyzwalanie aktywności dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. Programy i metody, Warszawa.

Parol U. Z. (1997). Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza, analiza, terapia, Warszawa.

Przetacznikowa-Gierowska M., Makiełło-Jarża G. (1992). Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego, Warszawa.

Rodak H., Nawrocka D. (1993). Od obrazka do słowa. Gry rozwijające mowę dziecka, Warszawa.

Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych w stopniu głębokim (1999). Red. J. Kielin, Gdańsk.

Sachajska E. (1991). Rola wyrazów dźwiękonaśladowczych w pracy nad rozwojem mowy dziecka. „Ojczyzna – Polszczyzna" 4.

Schmid-Giovannini S. (1995). Rady i wskazówki dla rodziców dzieci z uszkodzonym słuchem, Warszawa.

Sherborne W. (1997). Ruch rozwijający dla dzieci, Warszawa.

Smoczyńska M. (1999). Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji – Słowa i Gesty, Kraków.

Smyczek A. (2002). „Model Uczestnictwa" jako podstawa organizowania zajęć edukacyjnych dla dzieci przedszkolnych nieposługujących się mową. W: Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach. Oprac. M. Przybysz-Piwkowa, Warszawa.

Sołtys-Chmielowicz A., Tkaczyk G. (1993). Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski, Lublin.

Spionek H. (1965). Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka, Warszawa.

Stecko E. (2000). Rehabilitacja logopedyczna. W: R. Michałowicz. Mózgowe porażenie dziecięce, Warszawa, s. 356-367.

Stecko E. (1994). Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznanie i postępowanie logopedyczne, Warszawa.

Stobnicka-Stolarska Ł. (2002). Wspomagające i alternatywne sposoby porozumiewania się dzieci z zaburzeniami komunikacji werbalnej. Opis przypadku, „Logopedia" 30, 169-200.

Studia z psychologii klinicznej dziecka (1988). Red. M. Kościelska, Warszawa.

Styczek I. (1981). Logopedia, Warszawa.

Upośledzenie umysłowe – pedagogika (1981). Red. K. Kirejczyk, Warszawa.

Warrick A. (1999). Porozumiewanie się bez słów, Warszawa.

Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej (1971). Red. R. Michałowicz, Warszawa.

Zabłocki K. J. (1998). Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii, Warszawa.

Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka (2001). Red. S. Grabias, Lublin.

Zalewska M., Czownicka A. (1984). Więź emocjonalna dziecka z matką – rozważania ogólne i wstępna propozycja sposobu diagnozy. „Psychologia Wychowawcza" 5, 563-574.

Zarębina M. [1965). Kształtowanie się systemu językowego dziecka, Wrocław.