2022 LOGOPEDIA 51/2
ISSN 0459-6935 335–349

ŁUKASZ MAJ
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
ORCID ID: https//orcid.org./0000-0002-0417-2577

# Wspomagające i alternatywne metody komunikacji (*augmentative and alternative methods of communication - AAC*) w rozwijaniu funkcji poznawczych

## Augmentative and Alternative Methods of Communication (AAC) in Developing Cognitive Functions

STRESZCZENIE

W logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy wydzielono grupę trudności, które wymagają od terapeutów-logopedów budowania w umysłach pacjentów zarówno kompetencji, jak i rozwijania sprawności percepcyjnych. Do tej grupy zalicza się m.in. pacjentów ze spektrum autyzmu oraz niepełnosprawnością intelektualną. Są to często pacjenci, którzy nie opanowują mowy. Brak mowy nie przekreśla jednak możliwości budowania umiejętności komunikacyjnych u pacjentów. W artykule zaprezentowano przypadek pacjenta, który wykorzystuje w codziennym funkcjonowaniu wspomagające i alternatywne metody komunikacji (AAC) w postaci sytemu PECS (*Picture Exchange Communication System)*. Pacjent dzięki systemowi komunikacji wyraża swoje potrzeby, jak również rozwija potencjał poznawczy poprzez nabywanie nowych wiadomości i umiejętności. AAC stanową dla niego możliwość porozumiewania się oraz szeroko rozumianego uczenia.

**Słowa kluczowe**: wspomagające i alternatywne metody komunikacji (AAC), złożone potrzeby komunikacyjne, edukacja

SUMMARY

In the speech therapy classification of speech disorders, a group of difficulties has been separated that require speech therapists to build in mind of pateients both competences and improve the functioning of skills. This group includes e. g. pateints with autism spectrum and intellectual dis-

abilities. These are often patients who do not master speech. However, the lack of speech does not preclude the possibility of building communication skills in patients. The article presents the case of a patient who uses augmentative and alternative methods of communication (AAC) in the form od PECS (Picture Exchange Communication System) in everyday functioning. Thanks to the communication system, the patient expresses his needs, as weell as developes his cognitive potential by acquiring new information and skills. For him, AAC i san opportunity to communicate and learn in a broad sense.

**Key words**: augmentative and alternative methods of communication (AAC), complex communication needs, education

## TEORETYCZNE PODSTAWY WSPOMAGAJĄCYCH I ALTERNATYWNYCH METOD KOMUNIKACJI

Pod pojęciem wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC) należy rozumieć sposoby, które umożliwią osobie ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi ekspresję i odbiór komunikatów. Owe sposoby mogą uzupełniać lub zastępować naturalną mowę lub pismo, aby w pełni rozwijać potencjał komunikacyjny pacjenta. Gdy oddziaływania służą uzupełnieniu mowy, jest to komunikacja wspomagająca. Komunikacja alternatywna będzie miała zastosowanie w sytuacji zastąpienia mowy. Wspomniane procesy wspomagania lub zastępowania mowy są niezbędne z punktu widzenia pacjenta ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi do efektywnego porozumiewania się i funkcjonowania w życiu społecznym. AAC to narzędzia i strategie, które pacjent wykorzystuje, aby móc aktywnie uczestniczyć w procesie komunikacji (Grycman, Kaczmarek 2014, 348–349).

Pacjent ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi według Międzynarodowego Stowarzyszenia na rzecz Wspomagającej i Alternatywnej Komunikacji (*International Society for Augmentative and Alternative Communication-ISAAC*) to osoba, która niezależnie od wieku i przyczyny niepełnosprawności (rozwojowej czy nabytej) trwale lub okresowo nie posiada możliwości porozumiewania się naturalną mową, przez co jej komunikacja oraz wypełnianie ról społecznych są ograniczone bądź niemożliwe. Pacjenci w zależności od potrzeb mogą stale lub od czasu do czasu korzystać z AAC. Trudności komunikacyjne tych pacjentów są przyczyną poważnych zakłóceń w mowie, języku oraz w sferze poznawczej (Grycman, Kaczmarek 2014, 363).

Interwencja AAC są to celowe oddziaływania mające usunąć zakłócenia w komunikacji. Cel oddziaływań to opracowanie systemu porozumiewania się dla pacjenta ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi, aby umożliwić mu funkcjonalną komunikację w codziennym życiu. To, czego pacjent jest uczony oraz gdzie i jak jest uczony, powinno dawać mu umiejętności podnoszące jakość życia (Grycman, Kaczmarek 2014, 90).

System AAC jest to zintegrowana grupa komponentów, w skład której wchodzą symbole, pomoce komunikacyjne, strategie oraz techniki (Grycman, Kaczmarek 2014, 307). Żadnego z tych elementów podczas wprowadzania AAC nie można pominąć, stanowią one kompleksowy model. Symbol to znak, jest elementem arbitralnym odnoszącym się do rzeczy, aktywności, idei. Dzieli się je na wspomagane i niewspomagane (Grycman, Kaczmarek 2014, 296). Symbole wspomagane to takie znaki, których wykonanie wymaga użycia elementów zewnętrznych w stosunku do ciała człowieka (np. symbol graficzny, zdjęcie) (Grycman, Kaczmarek 2014, 297). Symbole niewspomagane to znaki tworzone samodzielnie przez rozmówcę, do przekazania informacji za pośrednictwem tych znaków potrzebne jest tylko ciało człowieka (np. znaki z Programu Rozwoju Komunikacji Makaton) (Grycman, Kaczmarek 2014, 296). Pomoc komunikacyjna to każdy obiekt fizyczny, zarówno technologii prostej, czyli bez wykorzystania procesora czy układu scalonego (np. tradycyjne tablice lub książki do komunikacji), jak i technologii wysokiej, opierającej się na urządzeniach elektronicznych. Służy uzupełnieniu lub zastąpieniu mowy naturalnej, a także pisma, jak również wspomaga rozumienie komunikatów, kierowanych do pacjenta ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi (Grycman, Kaczmarek 2014, 233). Kolejny element systemu AAC to strategia. Jest to „proces lub planowanie określonego działania w celu wykorzystania go dla poprawy skuteczności porozumiewania się osoby ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi" (Grycman, Kaczmarek 2014, 284). Ostatni komponent modelu AAC to technika, czyli sposób dostępu, jakim dysponuje pacjent, by wybrać i przekazać komunikat (np. pokazywanie obrazka, skanowanie, odczepianie i dostarczanie symbolu do partnera komunikacyjnego) (Grycman, Kaczmarek 2014, 327).

Wśród pacjentów ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi można wyróżnić kilka grup, które różnią się nasileniem trudności komunikacyjnych i dla których cel terapeutyczny wprowadzenia AAC będzie inny, zależny od funkcji, jaką będzie dla nich pełnić system AAC. Pacjenci wymagający AAC zaliczać się mogą do jednej z trzech grup. Pierwsza to grupa pacjentów bez ekspresji językowej, którzy charakteryzują się zdolnością rozumienia mowy innych, jednak sami się nią nie posługują. Cel interwencji komunikacyjnej dla tych pacjentów to wyposażenie ich w taką formę komunikacji, która umożliwi nadawanie komunikatów, stanie się środkiem ekspresji. Druga grupa to pacjenci wymagający wsparcia językowego. Jest to niejednorodna grupa, w obrębie której występują: podgrupa rozwojowa i podgrupa sytuacyjna. W podgrupie rozwojowej znajdą się pacjenci, których rozwój mowy jest opóźniony w stosunku do rówieśników. Celem interwencji komunikacyjnej będzie pobudzenie do nadawania i odbioru języka. AAC w takich przypadkach stanowi rodzaj ramy dla rozwoju naturalnej mowy, a nie jest jej substytutem. Do podgrupy sytuacyjnej kwalifikują się pacjenci po-

trafiący mówić, ale z bardzo nasilonymi wadami wymowy, co powoduje, że ich artykulacja nie jest zrozumiała dla odbiorców. Celem interwencji komunikacyjnej dla tych pacjentów staje się wyposażenie ich w narzędzie pozwalające wspomagać ich przekaz oraz monitorowanie rozumienia u partnera komunikacyjnego. Ostatnia grupa pacjentów ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi należy do grupy z językiem alternatywnym. Pacjenci z omawianej grupy często nie wykształcają mowy i będą korzystać z AAC jako jedynej formy komunikacji. AAC będzie także niezbędne partnerom komunikacyjnym, by umożliwić osobom ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi odbiór komunikatów. Celem interwencji komunikacyjnej dla wspomnianych pacjentów jest nauka rozumienia i posługiwania się alternatywną metodą komunikacji (von Tetzchner, Martinsen 2002, 62–63).

W logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy wyróżnia się trzy grupy trudności, w obrębie których może znaleźć się pacjent ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi. Do pierwszej zaliczane są zaburzenia mowy związane z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi, a procedura postępowania terapeutycznego zakłada budowanie kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej. Do drugiej zaś zaliczane są zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedostatecznym wykształceniem sprawności realizacyjnych (przy zdobytych kompetencjach), a procedura postępowania terapeutycznego w tych przypadkach polega na usprawnianiu realizacji różnych poziomów systemu komunikacyjnego. Do trzeciej grupy zaliczane są zaburzenia związane z rozpadem kompetencji językowej i komunikacyjnej, a procedura postępowania terapeutycznego polega na stabilizacji poziomu komunikacji pacjenta, a w niektórych wypadkach na odbudowie wszystkich typów kompetencji i usprawnianiu realizacji (Grabias 2000, 2008, 2012, 2015).

Lingwiści badający zjawisko złożonych potrzeb komunikacyjnych wśród pacjentów zwracają uwagę na fakt, że poważną trudnością jest brak mowy i mówienia. W związku z tym należy dostosować aparat pojęciowy, dzięki któremu środowisko teoretyków zaburzeń mowy, jak również samych logopedów praktyków mogłoby opisywać zachowania pacjentów niemówiących. Mirosław Michalik określa pojęcia *niemówność* oraz *niemówienie* w odniesieniu do strukturalistycznych pojęć *langage* (mowa) i *parole* (mówienie). W związku z tym niemowność jest definiowana jako brak mowy, a tym samym jest niemożnością „podejmowania zespołu czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek mówiący; poznawania rzeczywistości na poziomie osób mownych; przekazywania jej interpretacji innym uczestnikom życia społecznego" (Michalik 2018, 51). Jest to adaptacja terminu *mowa*, który zdefiniował na gruncie logopedycznym Stanisław Grabias, a wedle niego mowa to „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej

interpretację innym uczestnikom życia społecznego" (Grabias 2000, 8; 2001, 11). Pojęcie niemówienia to „stan niemożności przekazywania odbiorcy informacji mimo posiadanego kodu językowego (*langue*), wiążący się bezpośrednio z nieuruchamianiem narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, a w konsekwencji z niedochodzeniem fal akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna (Michalik 2018, 51).

W ujęciu interakcyjnym opracowano logopedyczną perspektywę zaburzeń mowy, niemowności i niemówienia, w której uwzględniono moment działania czynnika teratogennego. W klasyfikacji niemowności wyodrębniono: 1. niemowność prelingwalną – czynniki patogenny wystąpił do końca 12. miesiąca życia, jego obecność spowodowała brak mowy i mówienia; 2. niemowność i niemówienie perilingwalne – patogen wystąpił między 2. a 6. rokiem życia, jego obecność spowodowała niemowność bądź niemówienie; 3. niemowność i niemówienie postlingwalne – teratogen wystąpił od 7. roku życia, czyli po nabyciu mowy (Michalik 2018, 85)

M. Michalik, poszukując metodologii AAC, korzysta ze źródeł wiedzy odnoszących się do pojęć języka, mowy oraz mówienia. Autor adaptuje te pojęcia do kontekstu złożonych potrzeb komunikacyjnych. W odniesieniu do klasyfikacji niemowności i niemówienia ze względu na czas działania czynnika patologicznego powodującego u pacjentów brak mowy lub poważne jej ograniczenia M. Michalik wskazuje, że w niemowności prelingwalnej nie ma systemu językowego, kompetencji lingwistycznej, co skutkuje brakiem mowy. W niemowności perilingwalnej nie ma systemu językowego, kompetencji lingwistycznej, co skutkuje brakiem mowy lub wykształca się system językowy i kompetencja lingwistyczna przy niemożności mówienia. W niemowności postlingwalnej nie ma systemu językowego ani kompetencji lingwistycznej, która jest rozbita, co skutkuje brakiem mowy bądź pacjent posiada system językowy przy jednoczesnej niemożności mówienia (Michalik 2018, 86).

Przedmiotem niniejszego opracowania są umiejętności poznawcze pacjenta ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi, które mogą być rozwijane dzięki temu, że pacjent, jako użytkownik AAC, otrzymał narzędzie do uczenia się. Obszar poznawczy to między innymi: umiejętności językowe, umiejętność czytania, umiejętność pisania, umiejętności matematyczne, umiejętności wnioskowania, uwaga, pamięć (Chrzanowska 2018, 261), percepcja, myślenie, kontrola wykonawcza (Marcinkowska 2017, 81).

# ROZWIJANIE UMIEJĘTNOŚCI POZNAWCZYCH PACJENTA ZE ZŁOŻONYMI POTRZEBAMI KOMUNIKACYJNYMI PRZY UŻYCIU AAC

Zaprezentowany zostanie przypadek 22-letniego mężczyzny, pacjenta ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi w spektrum autyzmu i niepełnosprawnością intelektualną umiarkowanego stopnia, użytkownika AAC. Pacjent jest uczniem szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy. Jest osobą niemówiącą od urodzenia na skutek wystąpienia czynnika patogennego w okresie prenatalnym. Jest to przypadek niemowności prelingwalnej. W odniesieniu do logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy pacjent przynależy do grupy osób z autyzmem i oligofazją. Jego mózg nie rozwijał się typowo i był uszkodzony w okresie przed urodzeniem, a więc mowa u tego pacjenta nie mogła rozwinąć się prawidłowo na skutek niewykształconych sprawności percepcyjnych. W kontekście typologii osób ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi pacjent zalicza się do grupy użytkowników języka alternatywnego, co oznacza, że AAC będą do niego formą porozumiewania się dostępną przez całe życie.

Pacjent początkowo był prowadzony w terapii logopedycznej z zamiarem wywołania mowy, pracowano z nim metodami opartymi na słowie, dążono do wyrównania opóźnienia w rozwoju mowy. Z powodu trudności w uzyskaniu wspólnego pola uwagi oraz kłopotów we współpracy z pacjentem, który na skutek frustracji spowodowanej niemożnością zaspokojenia swoich potrzeb prezentował coraz liczniejsze i coraz bardziej nagłe zachowania kontekstowo niepoprawne, zmodyfikowano plan terapeutyczny. Zaczęto pacjentowi wprowadzać elementy AAC, jednak nie był to kompleksowy model, a jedynie pojedyncze symbole używane w konkretnych sytuacjach. Pacjent zaczął się posługiwać gestami Programu Rozwoju Komunikacji Makaton, wprowadzono mu także książkę do komunikacji, zbudowaną z symboli PCS. Nadal jednak te oddziaływania nie zaspokajały potrzeb komunikacyjnych pacjenta.

Od 2013 roku pacjent rozpoczął naukę komunikacji w ramach systemu PECS. System wspomagającej i alternatywnej komunikacji PECS został opracowany w 1985 roku przez Andy'ego Bondy'ego i Lori Frost. Jest to system wizualny, który polega na wymianie obrazków (Kaczmarek 2014, 100). Zadaniem autorów było opracowanie metody, która: 1. umożliwia efektywne rozwijanie umiejętność komunikowania się u dzieci, które nie mają sposobu na przekaz intencji poprzez mowę, gest lub mimikę, 2. umożliwia szybkie zaprzestanie podpowiadania słownego, 3. pozwala dziecku zrozumieć zasady dotyczące komunikowania się, 4. będzie możliwa do prostego wykorzystania w warunkach życia codziennego (Kawa 2015, 256). Wprowadzanie systemu PECS przebiega zgodnie z protokołem, który określają kolejne fazy. W czasie wprowadzania pierw-

szej fazy pacjent uczy się, „jak" się porozumiewać. Cele realizowane w tej fazie to wzięcie przez pacjenta obrazka, dosięgnięcie partnera komunikacyjnego i wręczenie mu obrazka. W drugiej fazie pacjent uczy się pokonywać odległość i jak być wytrwałym, by zwrócić uwagę partnera komunikacyjnego. Pacjent uczy się, że bywają sytuacje, kiedy należy przebyć pewien dystans do partnera komunikacyjnego. Na tym etapie uczy się też pokonywania odległości i tego, by wytrwale dążyć do kontaktu z partnerem komunikacyjnym. Wytrwałość, której człowiek uczy się podczas realizowania omawianej fazy, rozumiana jest jako niepoddawanie się i niezniechęcanie się pacjenta w przekazaniu partnerowi komunikacyjnemu obrazka, gdy ten jest np. zajęty i odwrócony plecami. Pacjent, który przechodzi przez drugą fazę, uczy się także lokalizowania książki do komunikacji i tego, by jej pilnować, ponieważ obrazki w niej umieszczone są narzędziem, służącym do skomunikowania się. Cele realizowane w tej fazie to podejście pacjenta do książki komunikacyjnej, wzięcie z niej obrazka, podejście do partnera komunikacyjnego, zwrócenie jego uwagi i wręczenie mu obrazka. Podczas trzeciej fazy pacjent uczy się różnicowania obrazków. Cel realizowany na tym etapie to uczenie się wyrażania próśb. Prośba zostanie spełniona, gdy pacjent wybierze odpowiedni obrazek z książki do komunikacji, podejdzie do partnera komunikacyjnego i poda mu obrazek. Po przejściu do czwartej fazy pacjent uczy się struktury zdania. Cel przewidziany do realizacji w tej fazie zakłada proszenie o rzeczy, które znajdują się w zasięgu wzroku lub poza nim. Do realizacji próśb pacjent będzie wykorzystywał wymianę paska zdaniowego. Na tym etapie pacjent zaczyna posługiwać się zdaniami. Pacjent podchodzi do książki, wybiera obrazek „Chcę", umieszcza go na pasku zdaniowym, wybiera obrazek rzeczy/aktywności, na której mu zależy, umieszcza go na pasku zdaniowym (obok obrazka „Chcę"), odczepia paskiem zdaniowy z książki do komunikacji, podchodzi do partnera komunikacyjnego, podaje mu pasek zdaniowy, wskazuje kolejno obrazki na pasku, a partner komunikacyjny je głośno odczytuje. W piątej fazie pacjent uczy się odpowiadać na pytanie partnera komunikacyjnego, które brzmi np. „Co chcesz?", „Czego potrzebujesz?", „Na co masz ochotę?". Celem tego etapu jest z jednej strony spontaniczne zwracanie się pacjenta do partnera komunikacyjnego z prośbą o różne przedmioty/aktywności, a z drugiej opanowanie umiejętności reagowania na pytanie. Po przejściu do szóstej fazy pacjent uczy się komentowania. Cel to spontaniczne wyrażanie próśb i komentarzy, a także udzielanie odpowiedzi na pytania: „Co chcesz?", „Co widzisz?", „Co masz?", „Co słyszysz?", „Co to jest?" (Bondy, Frost 2013) (por. Maj 2018).

Pacjent korzysta systemu PECS zgodnie z założeniami interwencji AAC, czyli wykorzystuje wszystkie elementy niezbędne do efektywnej komunikacji: symbole, strategie, techniki i pomoce AAC. Symbole, z jakich pacjent korzysta, to obrazki z bazy PECS lub PCS z podpisami w formacie 5 x 5 bądź zdjęcia

w takim samym rozmiarze. Pacjent wykorzystuje system do porozumiewania się w strategiach życia codziennego, szczególnie wykorzystując go do zaspokojenia swoich potrzeb, formułując prośby. Pacjent korzysta z zalaminowanych obrazków i książki do komunikacji, stanowią one pomoc do komunikacji. Technika, którą pacjent wykorzystuje, by być sprawczym w procesie komunikacji to skanowanie książki (przekładanie jej stron), wybór znaku, umieszczenie go na pasku zdaniowym, przekazanie paska partnerowi komunikacyjnemu i wokalizacja podczas wystukiwania symboli na pasku zdaniowym. Pacjent wykazuje intencję komunikacyjną, zdaje sobie sprawę, że inne osoby mogą pomóc mu w zaspokojeniu jego potrzeb i do nich kieruje swoje komunikaty, potrafi pokonać dystans do książki komunikacyjnej i partnera komunikacyjnego, jest wytrwały (potrafi zwrócić uwagę partnera komunikacyjnego, np. lekkim dotknięciem w ramię czy wokalizacją), samodzielnie pilnuje swojego narzędzia do komunikacji, pilnuje i przestrzega porządku znaków zgrupowanych w książce do komunikacji.

Poniżej (tabela 1) zostaną zaprezentowane sytuacje, w których pacjent wykorzystuje AAC nie tylko do zaspokajania swoich potrzeb, ale również w procesie uczenia się. Opisane zostaną następujące sytuacje: nawigowanie po planie zajęć, prośba o rzecz ważną z punktu widzenia pacjenta, nauka naśladowania/przepisywania, nauka dopasowywania, nauka odpowiadania na pytania: co słyszysz?, co widzisz? na podstawie zdjęć z Internetu, obrazków i konkretów, nauka słownictwa biernego. W tabeli zastosowano pojęcie „operant werbalny", które dotyczy terminologii wypracowanej przez Burrhusa Frederica Skinnera (1957). Operanty werbalne to typy zachowań mówcy i słuchacza (Sundberg 2015, 5). W omawianym przykładzie pojawiają się następujące operanty werbalne: reakcja słuchacza-wykonywanie poleceń; dopasowywanie-analiza wzrokowa, wzrokowe różnicowanie elementów, dobieranie elementów podobnych, pasujących; mand-prośba o rzecz/aktywność; kopiowanie tekstu – przepisywanie tekstu napisanego przez kogoś innego; takt-nazywanie, rozpoznawanie obiektów, działań, zdarzeń (Sundberg 2015).

Tabela 1. Zachowania komunikacyjne użytkownika AAC podczas uczenia się

| Sytuacja komunikacyjna | Zachowanie terapeuty | Zachowanie pacjenta z AAC | Aktywność/ Operant werbalny |
|---|---|---|---|
| Aktualizacja planu | Mówi: „Skończyłeś powitanie”. | Z planu dnia odczepia symbol oznaczający „powitanie” i wrzuca go do kieszonki „skończone”. Odczepia symbol „praca” i przyczepia go na polu aktualnej aktywności. Bierze od terapeuty tabliczkę z kolorowymi kołami. Idzie do regału z koszykami oznaczonego symbolem „praca”. Odczepia pierwsze koło z tabliczki i dopasowuje je do koszyka oznaczonego kołem w takim samym kolorze. | reakcja słuchacza |
| Pacjent ma kartę z szablonem figur geometrycznych, a terapeuta trzyma koszyk z konkretnymi figurami do dopasowania. | Mówi: „Dopasuj” (trzymając koszyk z figurami geometrycznymi).<br><br>Odbiera pasek zdaniowy.<br>Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Chcę trójkąt”, po czym daje trójkąt i mówi „trójkąt”.<br><br>Odbiera pasek zdaniowy.<br>Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Chcę to”, po czym mówi: „Weź sobie”.<br>Mówi: „Świetnie, koło chciałeś!” | Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia symbol „trójkąt”, zamyka książkę, przyczepia go na pasek zdaniowy obok symbolu „chcę”, odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje.<br><br>Bierze trójkąt i dopasowuje go.<br>Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia symbol „koło”, zamyka książkę, przyczepia go na pasek zdaniowy obok symbolu „chcę”, odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje.<br><br>Wybiera z koszyka koło i dopasowuje. | dopasowywanie/ *mand* |

Tabela 1. Ciąg dalszy

| | | | |
|---|---|---|---|
| Terapeuta napisał imię pacjenta różnymi kolorami flamastrów. | Trzyma opakowanie flamastrów. Mówi: „Napisz”.<br><br>Odbiera pasek zdaniowy.<br>Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Chcę ten flamaster”, po czym mówi „Weź sobie”.<br>Mówi: „Zielony chciałeś, pewnie!”<br><br>Trzyma opakowanie flamastrów.<br><br>Odbiera pasek zdaniowy.<br>Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Chcę niebieski flamaster”, po czym daje flamaster i mówi „niebieski flamaster”. | Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia symbol „zielony”, przekłada stronę, skanuje wzrokiem znaki, odczepia symbol „flamaster”, zamyka książkę, przyczepia je na pasek zdaniowy obok symbolu „chcę”, odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje.<br><br>Wybiera z opakowania zielony flamaster, przepisuje literę.<br><br>Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia symbol „niebieski”, przekłada stronę, skanuje wzrokiem znaki, odczepia symbol „flamaster”, przyczepia je na pasek zdaniowy obok symbolu „chcę”, odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje.<br><br>Bierze flamaster i przepisuje. | reakcja słuchacza/ kopiowanie tekstu/*mand* |

Tabela 1. Ciąg dalszy

| | | | |
|---|---|---|---|
| Terapeuta rozkłada przed pacjentem na stole przedmioty: widelec, nóż, długopis, gąbka, talerz, zabawka samochód, telefon, klucze, kubek, kredka.<br>Terapeuta ma zestaw znaków, które pokazuje pacjentowi i w trakcie pokazywania wydaje polecenia. | Pokazuje znak „kubek" i pyta: „Gdzie jest?"<br>Pokazuje znak „gąbka" i mówi: „Pokaż".<br>Pokazuje znak „talerz" i mówi" Pokaż". | Przygląda się przedmiotom, patrzy na terapeutę.<br>Wskazuje palcem/dotyka.<br><br>Wskazuje palcem.<br><br>Wskazuje palcem. | reakcja słuchacza |
| Terapeuta puszcza dźwięki z aplikacji internetowej. Są to dźwięki wydawane przez zwierzęta i sprzęty/ maszyny z najbliższego otoczenia. | Puszcza dźwięk rżącego konia, pyta: „Co słyszysz"?<br><br>Odbiera pasek zdaniowy.<br>Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Słyszę konia", po czym komentuje: „Konia słyszysz, dobrze!" | Słucha.<br>Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, odczepia znak „słyszę", przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia symbol „koń", zamyka książkę, na pasku zdaniowym przyczepia znaki „słyszę", „koń", odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje. | *takt* |

Tabela 1. Ciąg dalszy

| | | | |
|---|---|---|---|
| Terapeuta pokazuje obrazki zwierząt i sprzętu domowego. | Pokazuje obrazek kluczy, pyta: „Co widzisz?”<br><br>Odbiera pasek zdaniowy. Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Widzę klucze”, po czym komentuje: „Klucze, tak jest!”<br><br>Pokazuje obrazek kota i psa, pyta: „Co widzisz?”<br><br>Odbiera pasek zdaniowy. Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Widzę kota i psa”, po czym komentuje: „Kota i psa widzisz, ekstra!” | Przygląda się. Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, odczepia znak „widzę”, przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia symbol „klucze”, zamyka książkę, na pasku zdaniowym przyczepia znaki „widzę”, „klucze”, odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje.<br><br>Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia znaki „pies”, „kot”, przekłada strony, odczepia znak „i”, zamyka książkę, na pasku zdaniowym do znaku „widzę” przyczepia znaki „kot”, „i”, „pies”, odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje. | *takt* |
| Terapeuta daje pacjentowi kartki z narysowanymi figurami geometrycznymi. | Daje pacjentowi kartki, mówi: „Wytnij”.<br><br>Odbiera pasek zdaniowy. Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Chcę nożyczki”, mówi: „już Ci daję nożyczki (sięga do szafy), proszę (podaje nożyczki pacjentowi). | Rozgląda się po stole, sięga po książkę do komunikacji, która leżała na parapecie (oddalona od pacjenta). Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia znak „nożyczki”, zamyka książkę, na pasku zdaniowym do znaku „chcę” przyczepia znak „nożyczki”, odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje.<br><br>Bierze nożyczki i wycina figury. | *mand* |

Tabela 1. Ciąg dalszy

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pacjent z terapeutą siedzą naprzeciwko w gabinecie przy stole. | Pyta: „X co chcesz?”<br><br>Odbiera pasek zdaniowy.<br>Odczytuje z opóźnieniem znaki z paska zdaniowego: „Chcę kawę”, mówi: „masz ochotę na kawę, chodźmy do kuchni, zrobisz sobie”. Wstaje i wychodzi. | Schyla się pod stół do plecaka i wyjmuje książkę do komunikacji, kładzie ją na stole. Otwiera książkę do komunikacji, zagląda do środka, przekłada kolejne strony, skanuje wzrokiem znaki, odczepia znak „kawa”, zamyka książkę, na pasku zdaniowym do znaku „chcę”, przyczepia znak „kawa”, odczepia pasek zdaniowy, daje go terapeucie, patrzy na terapeutę, wskazuje kolejne znaki i wokalizuje.<br><br>Wstaje i wychodzi z terapeutą. | *mand* |

Pacjent ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi, niemówiący od urodzenia posługuje się AAC, korzysta z metody PECS. Posiada książkę do komunikacji – osobistą pomoc komunikacyjną, w której ma zestawione znaki w postaci obrazków z podpisami. Pacjent dzięki temu systemowi może na co dzień uczestniczyć w życiu domowym, szkolnym, jak również w szerszym środowisku społecznym. Pacjent opanował umiejętności komunikacyjne pozwalające na zaspokojenie jego potrzeb, potrafi prosić o różne rzeczy czy aktywności, które lubi i na które ma ochotę. Potrafi także korzystać z pomocy AAC w sytuacjach, które nie są bezpośrednio motywujące dla niego, posługuje się książką do komunikacji podczas edukacji, prosi o rzeczy czy elementy niezbędne do wykonania zadania (np. przepisywanie, dopasowywanie, wycinanie, klejenie, nazywanie, niszczenie papieru), odpowiada na pytania. W posługiwaniu się pomocą AAC pacjent jest samodzielny i sprawczy, wpływa na otoczenie, wywołuje zmiany.

## KONKLUZJE

Zaprezentowany został opis AAC w przypadku pacjenta ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi (spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna). Materiał stanowi, że niezależnie od trudności rozwojowych człowiek dysponuje także potencjałem, a AAC w przypadku pacjentów niemówiących bądź mających trudności w mówieniu (zarówno w ekspresji, jak i odbiorze) stanowi źródło rozwoju owego potencjału. W Karcie Praw Osób z Autyzmem (2013, 12) zapisane jest „Prawo osób z Autyzmem do niezależnego i pełnego życia do granicy wyznaczonej ich potencjałem". Jednym ze sposobów respektowania tego prawa jest stworzenie osobie ze spektrum autyzmu przestrzeni komunikacyjnej i wyposażenie pacjenta w możliwie najefektywniejszy z jego punktu widzenia system komunikacyjny. Prawo człowieka do porozumiewania się jest niezbywalne, jeśli z jakiegoś powodu pacjent nie ma możliwości komunikowania się, obowiązkiem terapeuty z etycznej perspektywy jest nauczenie pacjenta adekwatnego sposobu nawiązywania interakcji. System komunikacyjny pozwala zaistnieć w grupie społecznej i zaspokoić potrzeby przynależności, sprawczości, staje się także narzędziem poznawania rzeczywistości, narzędziem do zdobywania wiedzy i nowych umiejętności, a więc stanowi o rozwoju człowieka. Należy mieć na uwadze, że mowa jest najlepszym, najekonomiczniejszym i najbardziej ludzkim sposobem nawiązywania relacji międzyludzkich, ale nie jest to jedyna opcja. Jeśli nie można rozwijać mowy, to należy rozwijać komunikację na miarę możliwości pacjenta, pozbawianie go tej szansy jest nieetyczne i dyskryminujące, prowadzi do zachowań kontekstowo niepoprawnych powodowanych frustracją wynikającą z niemożności porozumienia się.

## BIBLIOGRAFIA

Frost L., Bondy A., 2013, *The Picture Exchange Communication System. Podręcznik*, tłum. M. Kaźmierczak, Gorzów Wielkopolski.

Chrzanowska I., 2018, *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*, Kraków.

Grabias S., 2000, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia", 28, s. 7–35.

Grabias S., 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy*, t. 1, red. S. Grabias, Lublin, s. 11–43.

Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia", 37, s. 13–27.

Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 15–71.

Grabias S., 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 13–35.

Grycman M., Kaczmarek B.B., 2014, *Podręczny słownik terminów AAC (komunikacji wspomagającej i alternatywnej)*, Kraków.

Kaczmarek B.B., 2014, *System PECS w nauczaniu symboli graficznych Makatonu*, [w:] *Makaton w rozwoju osób ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków, s. 99–140.

*Karta Praw osób z autyzmem „Refleksje i osobiste doświadczenia*, 2013, red. P. Matthews, T. Matthews, tłum. J. Starek, Warszawa

Kawa R., 2015, *Picture Excchange Communication System (PECS) jako metoda rozwijania umiejętności komunikowania się dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, red. B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, Kraków, s. 255–268.

Maj Ł., 2018, *Teoretyczne podstawy systemu PECS (Picture Exchange Communication System)*, „Logopedia", 47–1, s. 297–309.

Marcinkowska B., 2017, *Dydaktyka kształcenia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Dydaktyka specjalna. Od systematyki do projektowania dydaktyk specjalistycznych*, red. J. Głodkowska, Warszawa, s. 77–95.

Michalik M., 2018, *Lingwistyczno-logopedyczne podstawy komunikacji alternatywnej i wspomagającej – ujęcie metodologiczne*, Kraków.

von Tetzchner S., Martinsen H., 2002, *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się*, tłum. A. Loebel-Wysocka, J.Gałka-Jadziewicz, Warszawa.

Skinner B.F., 1957, *Verbal behavior*, New York.

Sundberg M., 2015, *Vb-Mapp. Ocena osiągania kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii*, tłum. K. Chojnowska, M. Sierocka-Rogala, Warszawa.